

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N° 235

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PRÉSENTÉE PAR

Siméon LAZAROFF

Diplômé de l'Institut Supérieur d'Hygiène

Né à Tabyorichté (Russie) le 26. Février, 1901

Contribution à l'Etude des Panaris

(A l'exclusion des Ténosynovites)

D'après 210 observations inédites

(Travail du Service de M. le Professeur agrégé MOURE)

Président : Monsieur le Professeur LENORMANT

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

1931

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PRÉSENTÉE PAR

Siméon LAZAROFF

Diplômé de l'Institut Supérieur d'Hygiène

Né à Tabyorichté (Russie) le 26 Février 1901

Contribution à l'Etude des Panaris

(A l'exclusion des Ténosynovites)

D'après 210 observations inédites

(Travail du Service de M. le Professeur agrégé MOURE)

Président : Monsieur le Professeur LENORMANT

PARIS

LIBRAIRIE M. LAC

ÉDITEUR

26, rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Arr.)

—
1931

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.	BALTHAZAR.
I. — Professeurs.	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale et Chirurgie expérimentale ..	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	BAUDOIN
Pathologie médicale	CLEBC
Pathologie chirurgicale	LENORMANT
Anatomie pathologique.....	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Hydrologie et thérapeutique et climatologie	M. VILLARET
Thérapeutique	LOEPER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZAR
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY
	CARNOT
Clinique médicale	BEZANÇON
	ACHARD
	MARCEL LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
Clinique de la Tuberculose	LÉON BERNARD
	DELBET
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	LEJARS
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET
Clinique urologique	TERRIEN
	LEGUEU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	JEANNIN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	J.-L. FAURE
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	VAQUEZ
Clinique thérapeutique chirurgicale	SEBILLEAU
Clinique propédeutique	PIERRE DUVAL
Professeur sans chaire	SERGENT
	MAUCLAIRE

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	Neurologie et Psychiatrie.	CADENAT....	Pathologie chirurgicale
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.	CATHALA....	Pathologie médicale.
BENARD HENRI.	Pathologie médicale.	CHABROL....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.	CHEVALIER..	Pathologie médicale.
BLANCHETTIERE	Chimie biologique.	DE GAUDAR	
BROCC.....	Pathologie chirurgicale	D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale
BRULE.....	Pathologie médicale.	DOGNON....	Physique.
		DONZELOT...	Pathologie médicale.

MM.

ÉCALLE.....	Obstétrique.
FEY.....	Urologie.
GARNIER.....	Pathologie expérimentale.
GASTINEL.....	Bactériologie.
GATELLIER.....	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.....	Histologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HOVELACQUE.....	Anatomie.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON.....	Hygiène.
JOYEUX.....	Parasitologie.
LABBE HENRI.....	Chimie biologique.
LAROCHE.....	Parasitologie.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX.....	Anatomie pathologique.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.....	Neuro-psychiatrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MERCIER (F.).....	Pharmacologie.
MILLOT.....	Histologie.

MM.

MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIÉDELIEVRE.....	Médecine légale.
PORTES.....	Ostétrie.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET, Fns.....	Physiologie.
SEZARY.....	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT.....	
(Pasteur).....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL..	Obstétrique.
VELTER.....	Ophthalmologie.
VERNE.....	Histologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

BUSQUET....	Pharmacologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.
LEQUEUX....	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTÉREB....	Histologie.
ZIMMERN....	Physique.

IV. — Agrégés chargés du cours de clinique à titre permanent

MM.

ABRAMI.....	Clinique médicale.
CHIRAY.....	Clinique médicale.
DEBRÉ.....	Clinique médicale.
DUVOIR.....	Clinique médicale.
FIESSINGER..	Clinique médicale.
LAIGNEL.....	
LAVASTINE..	Clinique médicale.
LERI.....	Clinique médicale.
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
BASSET.....	Clinique chirurgicale.

MM.

CHEVASSU...	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
MATHIEU....	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT....	Clinique chirurgicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ..	Clinique chirurgicale.
LE LORIER..	Clinique obstétricale.
LEVY-SOLAL.	—
METZGER....	—

V. — Chargés de cours

MM.

MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes. Stomatologie. Education physique. Radiologie clinique. Puériculture.
FREY.....	
CHAILLEY-BERT.....	
LEDoux-LEBARD.....	
WEILL-HALLE.....	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON FRÈRE

A qui je dois tout dans mes études.
Puisse ce modeste travail lui apporter
le témoignage de ma profonde
gratitude et de ma reconnaissance
infinie.

A MES PARENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. LENORMANT

Professeur de Pathologie chirurgicale à la Faculté de Paris

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié

Officier de la Légion d'Honneur

En témoignage de respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. MOURE

Chirurgien de la Maison Dubois
Chevalier de la Légion d'Honneur
Décoré de la Croix de guerre

Qu'il trouve ici l'expression de notre
reconnaissance pour toutes les faci-
lités qu'il nous a procurées dans son
service.

A MON MAITRE MARC ISELIN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Assistant de Monsieur le Professeur agrégé P. Moure

Qui nous a accueilli avec tant de cor-
dialité. Qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse et dont les conseils
nous ont été si précieux. Ce témoi-
gnage de vive gratitude.

A TOUS MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

INTRODUCTION

Il est curieux de voir combien le traitement des panaris a peu retenu l'attention des chirurgiens depuis bien des années. Que l'on ouvre un quelconque de nos traités modernes et l'on verra combien petite est la différence avec les idées de Chassaignac et du dictionnaire Dechambre. De là l'intérêt avec lequel a été accueilli le livre de M. Iselin, paru en 1928, car il mettait en révision toutes les techniques généralement adoptées en se basant sur l'étude des auteurs étrangers, passée au crible de son expérience personnelle.

Nous avons pu travailler près d'un an dans le service de M. le Professeur agrégé Moure, dont M. Iselin est l'assistant, à la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis, la plus importante de tout Paris, puisqu'à 1929 elle avait donné 52.000 consultations pour 36.000 à celle qui vient immédiatement après. Les plaies et les infections des mains forment un chiffre fort considérable du mouvement des malades. M. Iselin a pu continuer sous une échelle considérable l'étude qu'il avait commencée étant interne, dans les services des Professeurs Lenormand, Gossel et du regretté Lecène. Il nous a fait bénéfi-

cier de ses conseils et nous a communiqué les deux cent dix observations de panaris qui avaient été recueillies dans le service pendant l'année 1930. Ces deux cent dix observations forment la base de notre thèse ; toutes n'ont pu être suivies complètement : on sait combien il est difficile de savoir exactement quand un malade est guéri, mais tous les cas particulièrement intéressants que nous avons observés ont été suivis régulièrement, et nous en connaissons les dates de guérison et les résultats éloignés. Nos observations ne comprennent pas les sept cas de phlegmons des gaines digitales, que M. Iselin a traité suivant une technique toute personnelle et qui ont fait l'objet d'un rapport de notre Maître le Professeur agrégé Moure, à la Société de Chirurgie : néanmoins, elles représentent toutes les autres variétés de panaris.

Nous avons pu constater durant cette année combien le traitement des panaris était encore mal compris et mal fait, d'après les nombreux malades qui nous arrivaient déjà incisés aussi bien, d'ailleurs, en ville, qu'à l'hôpital. Certains avaient déjà subi plusieurs interventions, étaient traités depuis deux à trois semaines et plus, présentaient des incisions souvent insuffisantes, toujours mal placées ou au contraire parfois si grandes et si profondes, qu'elles avaient irrémédiablement lésé l'un des différents éléments indispensables au fonctionnement du doigt. Le résultat était toujours lamentable, se soldant par un traitement interminable, des souffrances inutiles, des mutilations ou même des accidents graves : nous avons vu en particulier un homme de 52 ans, qui, à la suite d'un panaris du cinquième doigt avait fait succes-

sivement deux phlegmons périnephrétiques qui furent incisés tous deux. Il est certain que le traitement des blessés atteints d'infections digitales, représente un chiffre considérable des dépenses d'assurance.

Or, par un traitement convenable des panaris c'est-à-dire, d'après notre expérience, par des incisions, faites en temps et lieu opportun, d'après les techniques très réglées, bien plus que par l'emploi de tel ou tel antiseptique, on peut améliorer considérablement ces résultats.

La grande majorité de nos panaris ne subirent qu'une seule opération et guérèrent sans mutilations. Nous ne fîmes que quatre amputations de doigt durant toute l'année 1930; deux d'emblée sur des pandactylites qui nous tenosynovite dont l'observation est publiée dans le rapport de M. Moure et une pour doigt inerte, par élimination des tendons de l'index, suite de phlegmon des espaces cellulaires de la main.

La connaissance de l'anatomie pathologique est à la base des incisions ; connaître l'A. P. cela signifie savoir le siège de l'infection lorsqu'elle est encore localisée et ses propagations possibles, c'est-à-dire là où est le pus et là où il doit aller. Naturellement, à une période tardive il a pu se propager dans plusieurs directions, gagner soit la gaine, soit l'os, soit une articulation, soit les autres segments du tissu sous-cutané des doigts, réalisant alors ce que Chassaignac appelle la « pandactylite » ; à ce degré, la thérapeutique conservatrice n'est plus possible ; c'est pourquoi il importe de faire le diagnostic de variété de panaris à la période initiale.

Or il y a de nombreuses variétés de panaris. M. Iselin n'en compte pas moins de neuf : cinq variétés superficielles ; quatre profondes, parmi lesquelles on décrit : trois sous-cutanées et une synoviale *et chacune a son incision spéciale*. Que l'on ne croit pas à une recherche de complication ; cette classification repose sur des faits nombreux et indiscutables que tout médecin peut retrouver dans sa pratique, s'il y prête attention ; d'ailleurs elle est en réalité très simple et d'autant plus facile à retenir que chaque détail anatomique à sa sanction thérapeutique. C'est donc un travail particulièrement intéressant pour un praticien, puisqu'il n'est certainement pas de jour où dans une clientèle moyenne, ne se présente un panaris de l'une ou l'autre variété. Or nous posons en principe que toutes les techniques que nous décrivons peuvent parfaitement être appliquées par n'importe quel chirurgien, bien plus, par n'importe quel médecin, un peu doué au point de vue manuel, qui s'est donné la peine d'étudier et de comprendre les techniques que nous préconisons.

Donc, au point de vue théorique, il faut connaître les différentes variétés de panaris et les distinguer cliniquement. Au point de vue opératoire, toutes nos incisions sont faciles à faire si l'on s'astreint à deux disciplines essentielles : l'anesthésie absolue, parfaite : le *champ opératoire*.

Il est curieux de voir combien ce dogme de l'anesthésie parfaite rencontre de résistance ; beaucoup de nos malades avaient été opérés sous un simple jet de chlorure d'éthyle local, quelques-uns même sans aucune anes-

thésie. D'autres avaient, eu « des piqûres pour insensibiliser », mais si mal faites ou si précipitamment opérés, que leur effet avait été pratiquement nul, et l'opération réduite à un rapide « coup de pointe ». Or, *opérer un panaris ne consiste pas à l'ouvrir, mais à exciser minutieusement toutes les parties nécrosées* et à explorer les propagations possibles ; c'est une intervention qui demande plusieurs minutes et, ne peut être menée à bien que dans le calme et sans que le sang vienne obscurcir la vue et masquer les lésions. Pourquoi ces résistances à l'anesthésie ? Beaucoup de médecins prétendent que les malades s'y refusent : or, d'après notre expérience, leur première parole a toujours été pour demander une anesthésie parfaite, fut-elle générale. L'anesthésie locale est le plus souvent possible ; mais la générale est indispensable, quand les lésions s'étendent jusqu'à la base du doigt : la perspective d'une narcose semble faire reculer bien des médecins alors qu'il n'y a pas de pays, à l'heure actuelle, d'où un chirurgien ne puisse être atteint. Nous ne saurions trop insister sur ce point, car le jour où tout le monde se rendra compte qu'un panaris opéré avec une anesthésie insuffisante est à peu près certainement « saboté » un progrès énorme aura été fait dans la thérapeutique d'une des affections les plus fréquentes qui se puisse rencontrer.

Nous étudions d'abord l'Anatomie Pathologique des différentes variétés de panaris, à l'exclusion des téranosynovites, les divisant en superficiels, cutanés et profonds sous-cutanés.

Les *superficiels* sont : erythémateux, péri-unguéal,

sous-unguéal, phlycténoïdes et anthracoïdes. Les *profonds*, sous-cutanés dans une des loges digitales : panaris de la pulpe ; de la deuxième phalange ; de la première phalange. Nous insistons plus particulièrement sur les panaris de la deuxième phalange non décrits jusqu'alors, individualisés par M. Iselin et dont nous publions quatorze observations.

Puis nous étudions les signes cliniques et surtout les caractères qui permettent de séparer les différentes variétés les unes des autres.

Enfin au point de vue thérapeutique, on trouvera dans notre thèse une mise au point des incisions proposées par M. Iselin dans son livre de 1928, révisés d'après l'expérience de la consultation de Saint-Louis.

Certaines de ces incisions doivent être conservées : celle de Kanavel pour les tournoïes ; l'incision à trois branches décrite pour les panaris de la première phalange.

D'autres doivent être modifiées, en particulier, l'incision en gueule de requin pour les panaris de la pulpe doit être abandonnée ; d'après notre expérience il suffit de la moitié de cette incision c'est-à-dire d'une *demi-valve*, pour exciser toute la zone nécrosée et traiter les lésions osseuses : la rapidité de guérison et les résultats fonctionnels sont incontestablement supérieurs.

Nous consacrons une étude particulière à l'ostéite de la phalangette et montrons par des observations personnelles la capacité de régénération de cet os et les conditions de régénération.

Enfin nous décrivons l'incision spéciale que M. Iselin

emploie dans les panaris de la deuxième phalange c'est-à-dire double incision latérale avec lame transfixiante prétendineuse.

Pour les panaris anthracoides nous avons abandonné le traitement chirurgical car ce sont de simples anthrax : nous en rapportons deux séries : l'une de dix-sept cas traités par le bistouri, avec une grave complication, l'autre, de 14 cas traités selon la technique du Docteur Rosenthal, thérapeutique mixte, antiviral-bactériophage, qui ne nous a donné que des succès en un temps variant de trois à dix jours.

Les résultats que nous avons obtenus sont excellents, la majorité de nos opérés guérissent après une seule intervention, en parfois moins de deux semaines ; seuls les panaris du pouce nous semblent d'une gravité particulière. En réalité, le temps du traitement est toujours très long en matière d'accident du travail, car après la cicatrisation survient une période de troubles fonctionnels variables, dont il est très difficile d'évaluer l'intensité, mais qui retardent considérablement la date de consolidation et de reprise du travail. Les résultats sont à la portée de tout médecin qui voudra les obtenir. Car bien peu des deux cent dix malades ont été opérés par M. Iselin, tous les autres l'ont été par nous-même, six externes qui se succédèrent pendant l'année et plusieurs étudiants, tant français qu'étrangers, à fin de scolarité, qui tous très rapidement s'instruisirent parfaitement dans cette chirurgie, qui ne demande guère que du soin, de l'attention et de la minutie.

CHAPITRE PREMIER

CLASSIFICATION ET ANATOMIE

PATHOLOGIQUE

PANARIS SUPERFICIELS

CHAPITRE PREMIER

A) PANARIS ERYTHÉMATEUX

Nous ne nous sommes pas occupés de cette variété de panaris, puisque nous le considérons comme une simple lymphangite, qui se caractérise comme toutes les lymphangites superficielles, par la rougeur et la douleur **plus** ou moins intense, un doigt gros, gonflé. Cette inflammation lymphangitique guérit très vite, en quelques jours par simples pansements humides ou des bains chauds. Dans d'autre cas, au contraire elle évolue vers la suppuration, selon l'une des formes que nous allons étudier.

B) PANARIS PHLYCTÉNOÏDES

C'est une infection caractérisée anatomiquement par une exsudation inflammatoire, sous-épidermique du doigt. Elle peut se produire à n'importe quelle partie de celui-ci, soit à la face palmaire ou à la face dorsale, mais toujours, la poche de la collection sépare nettement l'épiderme de la couche muqueuse de Malpighi. — C'est ce qu'on appelle, la phlyctène. On peut envisager deux variétés de panaris phlycténoïdes :

a) *Simple*. — Caractérisé uniquement par soulève-

ment épidermique par une poche superficielle de liquide exsudatif, de caractère plus ou moins séreuse ou franchement purulente. La collection vidée, l'épiderme se rétracte, se dessèche et au-dessous de lui se forme très vite une nouvelle couche épidermique. Mais si on laisse la phlyctène à évoluer, la collection tend à cheminer, soit superficiellement en décollant peu à peu l'épiderme tout autour du doigt (c'est ce qu'on appelle la tourniole) et elle peut arriver même à le décoller entièrement ; soit dans le cas où l'épiderme est épais, scléreux, en cheminant en profondeur pour former.

b) *Une collection profonde.* — En effet, dans les cas d'endurcissement de l'épiderme, l'issue du pus à l'extension est empêchée et celui-ci tend à creuser en profondeur en ulcérant petit à petit la muqueuse pour former finalement une collection avec deux loges, l'une superficielle, l'autre profonde ; entre les deux est un pertuis souvent très étroit aboutissant parfois jusqu'à l'os symptomatique d'une lésion plus profonde. On le voit fréquemment à la pulpe et autour de l'ongle.

c) *Panaris périunguéal.* — Il peut exister une simple phlyctène localisée à la base de l'ongle sans aucune autre complication, c'est rare. Dans les cas ordinaires à l'évolution torpide il y a presque toujours une fusée sous-unguéale. L'infection se produit le plus souvent sur l'un des bords de l'ongle, elle commence phlycténoïde compliquée très vite par une fusée sous-unguéale, qui décolle de proche en proche le bord correspondant de l'ongle en le séparant de la matrice. Si l'on n'intervient pas, le pus continue à fuser vers le

bord opposé de l'ongle pour détacher finalement toute sa base; du reste de la matrice. Jusqu'à ce stade de l'évolution, la matrice n'est pas touchée, par conséquent, elle peut reproduire de nouveau l'ongle. Mais dans les cas anciens, il n'est pas rare de voir que toutes les parties péri-unguéales sont détruites, sphacelées, souvent avec un pertuis profond, atteignant la phalangette.

L'intervention précoce et l'exploration systématique de la fusée sous-unguéale seulement peuvent prévenir de pareilles complications.

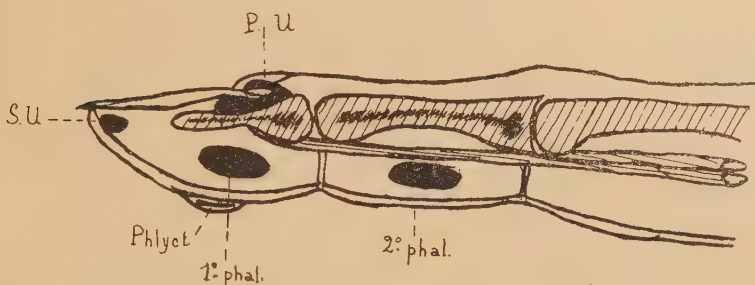
PANARIS SOUS-CUTANÉS

Nous croyons indispensable de dire en quelques lignes la disposition anatomique du tissu cellulaire du doigt, qui joue un rôle très important dans la propagation de l'infection sur telle ou telle partie du doigt.

Du côté dorsal. — Le tissu cellulaire sous-cutané est disposé en une couche mince, lamelleuse et presque dépourvue de graisse, le passage du tissu cellulaire du doigt vers la face dorsale de la main est direct.

Du côté palmaire. — Le tissu circonscrit trois loges, chaque loge correspond à la phalange sous-jacente. La loge de la troisième phalange ou loge pulpaire est constituée par un tissu cellulaire disposé « en travées fibreuses, verticales qui unissent intimement et directement la face profonde de derme au périoste » (Testut). Cette disposition rend le derme inextensible. La loge pulpaire est bien fermée. La deuxième loge affecte presque la même disposition, mais ici les travées fibreuses se fixent non pas

au périoste, mais sur la gaine fibreuse des fléchisseurs du doigt.



Situation des différentes variétés de Panaris

Quant à la loge basale du doigt, elle prend une importance particulière au point de vue anatomique comme au point de vue thérapeutique, car elle n'est pas fermée vers la main.

L'étude anatomique faite par M. Iselin montre en effet que :

Le tissu cellulaire palmaire communique avec le dorsal ;

Le tissu digito-dorsal est en continuité directe avec celui du dos de la main.

Le tissu cellulaire, *palmaire* s'étend vers la main jusqu'à la barrière aponévrotique, entre les têtes métacarpiennes décrites par Legueu et Juvara, déterminant ainsi « la loge commissurale » : celle-ci, ne communique avec les espaces cellulaires palmaires profonds que par le « canal lombrical », tassement du tissu cellulaire autour du petit muscle, accompagné de vaisseaux et nerfs collatéraux.

Cette connaissance anatomique est d'une importance

énorme dans le traitement des panaris et comme le dit M Iselin, tout panaris sous-cutané de la première phalange, doit être incisé de telle sorte que l'on puisse explorer la fusée lombricale et la fusée dorsale sous-cutanée.

Vu, la différence qui existe au point de vue anatomique et par conséquent thérapeutique, on doit diviser les panaris en trois variétés :

Panaris de la troisième phalange ou pulpaire ;

Panaris de la deuxième phalange ;

Panaris de la première phalange ou basale.

A. — PANARIS DE LA PULPE

L'infection de la pulpe est toujours consécutive à des piqûres produites par tous les instruments piquants (épingles, aiguilles, os de poisson, etc...), ou à des coupures produites par des instruments tranchants quelconques. L'évolution anatomique de l'inflammation se produit vite.

1) *Siège du pus* : Dès le deuxième et troisième jour le tissu cellulaire s'œdématie, s'infiltre d'une sérosité jaunâtre, le tissu se nécrose rapidement et un foyer de suppuration se forme, il n'est jamais très gros, une lentille habituellement, un noyau de cerise au maximum, et donne à la pulpe un aspect spécial, elle perd son élasticité habituelle, devient dure, résistante. Cela tient à la disposition si particulière du tissu cellulaire de la pulpe, mentionné plus haut, avec ses travées fibreuses, inextensibles et qui se fixent directement du derme au périoste de la phalange. Quoiqu'il en soit, le tissu cellulaire une fois nécrosé, prend un aspect tourbillonneux comme dans le furoncle, avec des petits débris de tissu sphacelé,

verdâtre, pour aboutir finalement à la formation du pus. La propagation de celui-ci ne se fait que très rarement vers la surface de la pulpe, il chemine plutôt vers le côté et vers la face dorsale ou, ce qui est plus fréquent, en profondeur vers l'os.

2. — PROPAGATIONS

a) *Vers la face dorsale.* — Evolution de la fusée purulente vers la face dorsale, où le tissu cellulaire est plus lâche, plus élastique, et extensible, dès que le pus est arrivé à la face dorsale, il rencontre l'ongle et se comporte comme une tourniole.

B. — OSTÉITE DE LA PHALANGETTE

L'évolution du pus vers la phalange est beaucoup plus fréquente vue la disposition si particulière des travées fibreuses et ses insertions directement au périoste de la phalange ; le pus qui se trouve de la sorte sous tension, tend presque toujours à cheminer en profondeur, vers le périoste, puis l'os. C'est une zone très richement vascularisée, le processus qui a évolué jusqu'alors plus ou moins lentement prend une allure plus aiguë et détermine d'abord une ostéite, puis, si l'inflammation n'est pas maîtrisée, la *nécrose de la phalange*, celle-ci aboutit à la formation du séquestre, qui s'élimine secondairement permettant seulement alors la guérison.

D'après l'étendue de la nécrose, on peut distinguer 3 cas dont le pronostic est tout différent.

A) L'extension de la nécrose est limitée à la pointe et c'est une petite partie de la tête de la phalange qui s'élimine.

B) Ou bien le processus s'étend plus profondément, vers la partie moyenne de la phalange et la nécrose aboutit à l'élimination du corps et de la pointe à la fois — la base conserve sa vitalité.

C) Soit la nécrose, s'étend jusqu'à sa base, avec élimination de toute la phalange, mais dans cette nécrose totale de l'os, on peut avoir deux éventualités ; ou bien, il persiste dans certains cas une coque ostéo-cartilagineuse qui la sépare de l'articulation : ou, cette coque est rompue, d'où l'*arthrite suppurée*.

Si nous avons insisté sur ces trois modes de formation de séquestres en cas d'envahissement de la phalange par la nécrose, c'est parce que la possibilité de régénération de celle-ci.

B. — RÉGÉNÉRATION

D'après Klapp, la régénération de la partie éliminée de la phalange est un processus tout à fait naturel et d'une grande régularité, *mais dans certaines conditions indispensables* bien entendu. Quelles sont ces conditions ? D'abord, il est absolument nécessaire que la base de la phalange soit restée en place sans être nécrosée : que toute la moëlle osseuse ne soit pas détruite, ni éliminée, car le périoste n'est pas capable tout seul de régénérer l'os ; enfin, que l'articulation ne soit pas prise.

Dans le cas d'une toute petite perte de substance corticale de la phalange, la réparation n'a qu'une importance médiocre, car le périoste comble si l'on peut



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

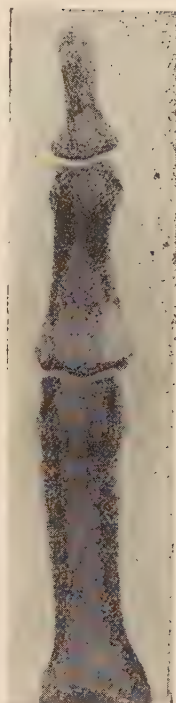


Fig. 7



Fig. 5

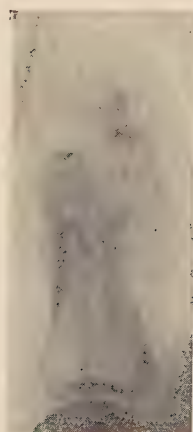


Fig. 6

Fig. 1, 2, 3, 4. — Régénération partielle de la phalangette après nécrose complète (procédé Kanavel).

Fig. 5, 6. — Ostéite partielle de la 1^{re} phalange du pouce, sa régénération.

Fig. 7. — Ostéite de la 2^e phalange.

dire, cette petite érosion de la phalangette. D'ailleurs, dans la nécrose du sommet par élimination d'un petit séquestre, la régénération se fait vite (en un mois) si, car c'est une condition indispensable *les parties molles ont cessé de suppurer*.

La régénération de la phalangette, après la formation et par conséquent l'élimination de sa totalité sauf sa base, peut se faire toujours dans sa forme et aussi dans sa longueur. Mais il existe deux facteurs qui jouent un rôle empêchant pour la régénération complète de l'os, c'est 1° *la suppuration persistante* entretenue, par les débris nécrotiques des tissus cellulaires qui retarde et même compromet la régénération.

2° *la rétractibilité des parties molles* après la cicatrisation, celle-ci se retractant sur elle-même ; deviennent résistantes, scléreuses, et, par conséquent empêche à la phalangette de reprendre sa longueur normale. La régénération dans ces cas n'est que partielle.

Dans les cas de nécrose de la base, la régénération est très aléatoire, car il n'est pas resté de l'os qu'une toute petite lame ostéo-cartilagineuse qui a perdu beaucoup de son pouvoir régénératif. Mais il n'est pas rare de voir la régénération de la phalangette se faire quand même, quoique tout à fait partiellement, seulement la base, c'est essentiel à cause de l'insertion du tendon fléchisseur.

Nous avons eu un cas semblable, tout à fait typique. Il s'agit d'un malade chez lequel, après l'élimination de la base nécrosée, n'avait resté de la phalangette, qu'une toute petite coque ostéo-cartilagineuse attachée

à l'articulation et nous avons vu, très tardivement, il est vrai, la régénération partielle de la phalangette, sa base, circonstance qui a permis au malade d'avoir au moins une partie de sa phalangette, mais, parfaitement flexible.

La coque ostéo-cartilagineuse, une fois rompue, l'arthrite est constituée, aucune régénération n'est possible, cependant A. W. Meyer a constaté que si l'on attend suffisamment, la reproduction d'une partie de la phalangette est possible ; mais c'est une éventualité exceptionnelle que, quant à nous, nous n'avons jamais constaté.

Causes de séquestration. — Comme partout dans l'économie la nécrose osseuse est due à l'oblitération des vaisseaux nourriciers ; l'étendue de cette nécrose varie suivant plusieurs facteurs, anatomique et pathologique.

Au point de vue anatomique, les travaux de Braus ont montré que la phalangette avait deux territoires musculaires distincts, l'un épyphysaire, l'autre diaphysaire ; or le mode de thrombose des vaisseaux est variable. Quelquefois celle-ci est totale, et s'étend à toutes les artérioles de l'extrémité du doigt : ce sont les cas les plus graves, qui aboutissent à la séquestration de la phalangette et à la gangrène de la pulpe.

Dans les autres cas, c'est par le mécanisme du décollement périodique que se fait l'ischémie osseuse. Or la vascularisation est double, et comme le fait remarquer Kanavel, le périoste se comporte différemment sur la diaphyse et l'épiphyse : à l'extrémité, il est facilement et précocement décollé ; à la base il ne l'est que plus tardivement, cela explique le siège habituellement méta-

physaire du sillon d'élimination, et la conservation de la base du petit os, dont la vascularisation particulière est respectée.

C. — VERS LA GAINÉ

C'est très rare, car la fusée purulente ne peut pas atteindre la gaine synoviale puisqu'elle n'existe pas sur la dernière phalange. Si cela arrive quelquefois, cela tient plutôt de l'existence en même temps d'arthrite ou par suite de contamination opératoire, qui est plus fréquente.

D. — VERS L'ARTICULATION

L'articulation est prise presque toujours par intermédiaire de l'os, car une fois la phalangette nécrosée dans sa base et complètement détruite, l'arthrite s'ensuit fatalement. La contamination directe de l'articulation sans qu'en même temps la phalangette soit prise, nous paraît difficile à envisager. Il faut ajouter aussi qu'il arrive très souvent, alors que l'arthrite a entraîné des jours et des jours, que la tête de la 2^e phalange se nécrose à son tour.

PANARIS DE LA DEUXIEME PHALANGE

Les infections localisées à la 2^e phalange ne sont décrites dans aucun travail français ou étranger dont nous avons pu prendre connaissance. Nous devons cette acquisition nouvelle à M. Iselin qui a été amené à individualiser cette variété par les caractéristiques anatomiques thérapeutiques qu'elle commande.

Ici comme dans le cas précédent les causes de l'infection sont les mêmes. Mais il faut remarquer que très souvent la contamination se fait dans le 3^e pli digital.

Siège du pus. — L'espace cellulaire est bien fermé

du côté de la phalange distale et de la phalange basale ; sur les côtés, l'espace est limité par des petites travées fibreuses qui se fixent sur la face profonde du derme, et directement, sur la face latérale de la phalange. La poche de pus est nettement localisée à la face antérieure de la 2^e phalange. On ne voit aucune trainée ni vers la base du doigt et par là vers la commissure.

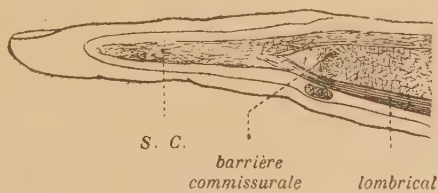
Propagation. — La tendance naturelle de la propagation du pus de fait soit vers l'extérieur, soit en profondeur. Dans la 1^{re} éventualité il se forme une fusée, d'où sort continuellement du pus et dans la seconde, c'est vers la contamination de la gaine ou l'ouverture dans l'articulation. Mais il faut retenir cependant que l'infection peut se repropager de proche en proche vers les autres segments du doigt pour provoquer une véritable pandactylite.

L'ostéite est moins fréquente. Klapp en donne des cas sans dire si cela vient nettement du panaris de la 2^e phalange. Cependant nous avons vu l'ostéite partielle de cette phalange constatée par la radio et qui d'ailleurs guéri par simple grattage.

C. — PANARIS DE LA PHALANGE BASALE

Dans l'aperçu général que nous avons fait au commencement de ce chapitre sur la structure du doigt, sur les voies de communication entre l'espace cellulaire du doigt et de la main, il nous serait facile de prévoir le siège du pus et des propagations dans le cas de panaris du segment basal. Nous avons vu, que le tissu cellulaire dorsal du doigt prolonge directement celui de la main.

Par conséquent, la communication est libre. Par contre, le passage du tissu cellulaire du côté palmaire du doigt vers la paume de la main est interrompue par une barrière aponevratique et, il n'y a qu'une voie de communication ou plutôt deux voies, l'une qui passe à travers le canal lombrical pour aller vers l'espace cellulaire de la main et l'autre qui n'est qu'une sorte de bifurcation de la première au niveau de la commissure digitale pour aller vers le dos de la main.



On voit à gauche le tissu sous-cutané du doigt (S. C.) — la barrière fibreuse commissurale — la trainée cellulaire dorsale — la trainée lombricale palmaire (d'après Iselin).

Ces connaissances anatomiques sont indispensables car c'est sur elles que sont calquées les interventions opératoires.

L'infection du segment basal est plus rare que sur les autres segments des doigts, elle est presque toujours provoquée par des inoculations directes, soit par des piqûres ou des coupures, de toutes sortes, plus ou moins profondes, et, l'inflammation se déclare relativement vite (2-3 jours). Dans ces premiers jours, on ne voit pas encore aucune collection constituée, mais, les tissus sont

plus ou moins cedématiés, infiltrés par une sorte de sérosité et c'est en général à partir du 3^e jour que la suppuration commence à se produire. Une fois la collection constituée, *elle prédomine sur l'un des côtés du doigt*, en même temps qu'elle a une tendance à gagner la face dorsale. L'espace cellulaire du segment basal une fois comblé si l'on peut dire, il se produit des fusées purulentes, qui coulent peu à peu, vers la main, par deux voies, voie lombricale qui mène le pus vers la face palmaire de la main, voie dorsale qui prolonge en quelque sorte la première, mène vers la face dorsale. Nous n'avons jamais vu la propagation du pus directement par la face palmaire du doigt vers la paume de la main, sans passer par le canal lombrical ; cela s'explique d'ailleurs par la structure anatomique de celui-ci. La tendance de la fusée vers l'articulation basale est relativement rare, sauf bien entendu dans les cas, d'ouverture directe de l'articulation par le traumatisme causal. Nous en dirons autant quant à l'ostéite de la phalange basale que, nous n'avions pas eu l'occasion de voir ; cependant Klapp en cite des cas, est-ce parce que le pus fuse plus facilement vers l'espace cellulaire superficiel que vers la phalange ? nous ne pouvons l'affirmer, mais cela est vraisemblable.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE

PANARIS PERI-UNGUEAL

Les malades atteints de panaris péri-unguéal se présentent souvent dans deux conditions différentes ; l'un arrive avec des signes d'infection bien évidents, avec un symptomatologie plus intense, l'autre arrive avec des signes fonctionnels tout à fait silencieux, discrets. La première forme a une allure aiguë, la deuxième torpide. En effet, dans la première variété, soit que le panaris péri-unguéal se présente avec une phlyctène volumineuse entourant tout l'ongle, soit qu'il se présente avec une toute petite phlyctène sur un des côtés de l'ongle, une petite opercule, les signes sont les mêmes : le malade souffre terriblement, le pus qui se trouve sans tension détermine des douleurs spontanées et surtout à la pression, des battements lancinants autour de l'ongle, avec insomnie et fièvre. Dans la seconde variété, le panaris péri-unguéal est typique, l'épiderme est soulevé tout autour, une zone blanche limite la phlyctène et sous cette phlyctène, on sent nettement à la palpation la fluctuation purulente, mais remarquons immédiatement qu'ici, quoique les signes physiques soient très nettement

visibles, les signes fonctionnels sont nuls ou presque nuls. Le malade ne souffre en aucune façon et traîne des jours et des jours sans se plaindre.

Nous avons insisté sur ces deux formes, non pas pour les séparer nettement mais plutôt pour montrer que leur évolution, peut différer suivant la précocité du traitement.

Dans la variété aiguë à cause des symptômes alarmants, le malade consulte à temps et l'intervention précoce prévient toutes complications, tandis que dans la variété torpide alors que le malade ne souffre nullement, il laisse le temps pour que le processus gagne petit à petit la base de l'ongle, pour qu'il détermine des troubles dans la nutrition de celle-ci et finalement le détruire et le détacher dans toute sa base. Par conséquent, la forme torpide avec ses signes fonctionnels plus silencieux et plus discrets doit faire craindre des mutilations plus grandes que la forme précédente.

Evolution. — Souvent la phlyctène péri-unguéale s'ouvre toute seule, avant qu'il se produise des dégâts et la guérison survient spontanément en quelques jours. Mais il ne faut pas compter trop sur cette éventualité, car il peut se former une fistulisation intarrissable et à la longue autour d'elle, par suite d'irritation inflammatoire du tissu, il se forme une prolifération dermique, sorte de bourgeon charnu, très sensible et qui saigne facilement (c'est le botryomycome).

Quand le processus a duré longtemps il faut s'attendre à la chute progressive de l'ongle ou contamination

plus ou moins vite de l'articulation, qui est relativement fréquente ou d'ostéite.

Le pronostic dépend bien entendu de l'existence d'une fusée sous-unguéale : s'il n'y en a pas la guérison survient sans aucune complication, s'il y en a, il ne faut par retarder l'intervention, sans quoi la guérison spontanée est rare, et même si elle arrive, elle est lente et mutilante.

ANTHRACOIDE

C'est un furoncle du doigt ou plutôt un petit anthrax siégeant sur la face dorsale de la 1^{re} phalange, unique partie du doigt pourvue de poils et caractérisée par « une inflammation cutanée circonscrite, due au staphylocoque doré, débutant au niveau d'un appareil (ou plusieurs appareils) pilosebaccé provoquant la suppuration et la sphacèle de cet appareil (Lecène).

L'infection débute par une sensation de chaleur et de prurit, la peau se soulève, devient infiltrée, et rouge autour de la base d'un poil. Les jours suivants, en même temps que la zone inflammatoire devient douloureuse spontanément et à la pression, on voit apparaître des soulèvements épidermiques, des phlyctènes, qui ne tardent pas à s'ouvrir en plusieurs endroits et pour donner l'issue d'un pus plus ou moins abondant ; sous les phlyctènes apparaissent, tout autour des appareils pilosebaccés des ulcérations, des tissus cellulaires sphacelés, sorte des bourbillons. Ce sont des petites ulcérations au fond desquelles on aperçoit des amas verdâtres (Lecène) mêlées constamment avec du pus et qui n'at-

tendent qu'à s'éliminer ou être éliminés. Et une fois ces bourbillons enlevés, les symptômes locaux disparaissent en même temps que la guérison survient très vite, habituellement en 2 semaines. Malgré les signes locaux plus ou moins intenses, l'état général du malade est relativement bon.

Le pronostic est favorable, sauf des sequelles par rétraction cicatricielle, qui peuvent se produire, après élimination des tissus sphacelés et les Bourbillons.

Pourtant, nous avons eu une complication. C'était un cas de phlegmon dorsal de la main chez une femme à la suite d'un panaris anthracoïde de la 1^{re} phalange.

PANARIS DE LA PULPE

Les symptômes qui accompagnent les panaris de la pulpe sont en général évidents. A part les cas où on ne voit qu'une énorme phlyctène qui recouvre toute la partie pulpaire et où les symptômes sont plus ou moins atténués ; dans les cas ordinaires, une pulpe blessée profondément par un instrument piquant quelconque les signes d'inflammation sont vifs et précoces.

Panaris de la pulpe au début. — Dans les premiers jours qui suivent l'accident, les signes se révèlent par une douleur sourde et continue, la pulpe devient plus dure et plus tendre, elle perd petit à petit sa souplesse et sa fluctuation normale. Les jours suivants, les symptômes s'accroissent, la pulpe est surdistendue, bombée, la peau est rouge, œdématisée, la douleur qui était jusqu'alors sourde, devient maintenant interne, lancinante, le malade est inquiet, le sommeil est troublé,

A la palpation on sent la surdistension de la pulpè, sa dûreté ligneuse, la température locale est augmentée, la peau est chaude. Et, dès qu'on touche la pulpe, les douleurs sont exacerbées, surtout par pression vers le sommet.

Ces symptômes sont tellement évidents, dans les cas récents et non compliqués, que le diagnostic s'impose immédiatement. Si l'on intervient dès qu'on constate ces signes avec un traitement convenable, la guérison est simple, rapide ; en général de 12 à 20 jours.

Panaris fistulisé avec ostéite. — Par contre, si on laisse évoluer l'infection seule la guérison spontanée est plutôt rare et il faut s'attendre à des complications d'ostéite, ce qui est plus fréquent que l'arthrite. En effet, dans les cas anciens alors que le malade a trainé depuis longtemps son panaris et que la suppuration s'est ouverte toute seule ou a été incisée insuffisamment, l'infection s'éternise, le doigt prend dans tous ces cas un aspect tout autre : le malade se présente avec une pulpe énorme, infiltrée et oedematiée dans toutes ses parties, avec une fistule juste au sommet (ce sont des cas très fréquents d'ostéite d'après Klapp) ou avec petite fistule dans une partie quelconque de la pulpe, témoin d'une intervention précédente. Quand on presse, la suppuration sourd à travers ces fistules ; les douleurs ne sont pas très vives, mais plutôt sourdes et continues. Dans tous ces cas il faut soupçonner l'ostéite de la phalangette.

Avec arthrite. — Si le malade arrive avec une ou plusieurs fistules juste à côté du pli articulaire, laissant sortir du pus à chaque flexion de la phalangette, avec des

crépitations plus ou moins perceptibles, avec une laxité articulaire ou même avec des mobilités anormales de la phalange, avec un gonflement dorsal juxta-articulaire, le diagnostic d'arthrite est sûr. Quelquefois la complication se prolonge au delà de l'articulation, vers la gaine (complication presque toujours due aux contaminations opératoires). Nous ne les décrivons pas ici mais l'exploration attentive les révèle vite.

PANARIS DE LA DEUXIÈME PHALANGE

Les signes fonctionnels et généraux sont les mêmes que dans les panaris de la pulpe : la douleur commence en général assez vite ; le doigt devient dans sa partie moyenne, rouge, tendu, gonflé. En quelques jours, l'insomnie s'installe, les souffrances augmentent, en même temps il existe de la fièvre.

A l'inspection. — Le gonflement est bien localisé sur la 2^e phalange, sans rien à la base du doigt ; le gonflement est souple à la palpation, la peau devient blanche, en général, dans une petite zone correspondant au 3^e pli digital. Quelquefois à ce niveau il y a une phlyctène qui peut s'étendre vers la face latérale ou même vers la pulpe et on peut croire alors que celle-ci est malade, mais une exploration attentive, montre que la douleur est bien localisée sur la partie moyenne du doigt, que la pulpe est indolore, qu'il n'existe aucune douleur, ni aucune trainée de suppuration vers la base du doigt, ni vers la commissure.

Evolution spontanée est déplorable. Car, si le panaris de la pulpe se complique très souvent d'ostéite, ici, la complication plus fréquente se fait soit vers la gaine,

soit vers l'articulation. Si cette complication ne se produit pas, la suppuration s'ouvre à l'extérieur et tend à cheminer le long du doigt, vers la pulpe ou vers la base. On sait que la gaine une fois ouverte combien la guérison est difficile, car la suppuration traîne et petit à petit le tendon s'élimine, le doigt devient rigide, gênant, non utilisable. Pour ne pas arriver à cette perte du doigt, il ne faut pas retarder l'intervention, comme d'ailleurs pour tous les panaris, une fois le diagnostic posé.

PANARIS DE LA PREMIÈRE PHALANGE

Ils sont beaucoup plus rares que les panaris précédents mais au contraire, de gravité plus importante. Et, disons-le tout de suite, qu'ici, le début commence avec des symptômes locaux et généraux beaucoup plus intenses et plus graves.

En effet, dès les premiers jours de l'accident (par la piqûre ou par la coupure), le malade accuse des douleurs plus ou moins vives, une sorte de distention, des battements lancinants et continus vers la base du doigt, ce qui montre l'existence d'un foyer inflammatoire. En même temps la température monte, l'état du malade est touché, le malade devient nerveux, abattu, fatigué. Le sommeil est souvent agité.

SIGNES PHYSIQUES

A l'inspection. — Le doigt est augmenté de volume à sa base, gonflé, œdématisé.

Sur la face palmaire, le gonflement est surtout prédominant sur une partie du doigt, la partie latérale

externe, la tuméfaction est *assymétrique*. D'ailleurs la partie correspondante de la commissure est fortement gonflée, en même temps les deux doigts, le doigt malade et le doigt voisin sont fortement écartés. Sur le dos, le gonflement est plus grand encore, la peau est rouge et très souvent, on voit des trainées de lymphangites s'étendant jusqu'au poignet. Le doigt est en demi flexion, en crochet.

A la palpation. — On provoque une vive douleur. Le siège de la douleur provoquée constitue un signe capital. Il nous montre qu'elle est prédominante sur la face palmaire du doigt et très rarement sur la face dorsale, partie extensible et moins douloureuse, il nous montre aussi que si la douleur est très intense sur la base du doigt et sur la commissure « *elle ne l'est pas sur le cul-de-sac supérieur palmaire de la gaine synoviale* » (Iselin). C'est un signe différentiel très important. Le doigt qui est en crochet et qui est en même temps douloureux, reste *parfaitement extensible*. La palpation méthodique nous permet de constater très souvent une fluctuation ; fluctuation explorable, qui s'étend de la partie commissurale jusqu'à la face externe du doigt, constatation qui nous permettra, et guidera ultérieurement sur l'incision de la suppuration.

Evolution. — Les panaris de la 1^e phalange opérés à temps et avec méthode, évoluent vers la guérison dans la majorité des cas. Nous n'avons jamais eu de complications quelconques sur ce genre de panaris opérés précocement, par nous (avec M. Iselin) à l'hôpital Saint-

Louis. Nous avons eu l'occasion d'opérer 16 cas sans aucune complication.

Par contre, nous avons vu malheureusement des cas compliqués (malades arrivants trop tard ou insuffisamment opérés) d'arthrites et de ténosynovites nettement consécutifs de panaris de 1^o phalange, et tous ces cas ont nécessité l'amputation du doigt. Car laisser évoluer ces panaris spontanément, sans les opérer ou les opérer timidement ou incomplètement, il faut s'attendre à des complications sérieuses d'arthrites ou des tenosynovites et même plus souvent qu'on ne le croit pas, vers le phlegmon de la main. Nous n'insistons pas bien entendu, sur la gravité de cette variété de panaris chez des malades diabétiques, si l'on ne les opère pas vite, par une amputation du doigt.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

En présence d'un doigt rouge, tuméfié, avec des douleurs provoquées à la pression, douleurs qui naissent spontanément, qui empêchent le sommeil, les antécédents de piqûres ou coupures, etc, imposent immédiatement le diagnostic de panaris. Mais il ne suffit pas de savoir qu'on a affaire à un panaris, il faut savoir aussi le distinguer, savoir quelle variété en est la présence, car ils peuvent être des complications d'autres maladies. L'examen méthodique du doigt permet de déceler la localisation de la douleur, la limite et le point de départ du pus, l'aspect extérieur du doigt, sa symétrie, ses mouvements actifs et passifs, les réactions qu'ils provoquent, tous ces signes sont des éléments importants qui orientent très vite, vers telle ou telle variété de panaris. On comprend l'importance de ce diagnostic, pour ne pas inciser là où il ne faut pas, pour ne pas précipiter la complication là où elle n'y est pas encore. La notion du temps et de la cause est non moins nécessaire pour savoir si le panaris n'a pas une cause plutôt générale que locale. Au fond il y a deux diagnostics à faire :

1) S'assurer qu'il ne s'agit pas d'un panaris symptomatique.

2) Reconnaître les variétés de panaris et la localisation du pus.

1. — PANARIS SYMPTOMATIQUES

L'erreur n'est guère possible qu'avec deux infections et, celle-ci est évitable si l'on fait un examen plus attentif ; c'est le diagnostic de panaris analgésique ou maladie de Morvan et l'infection mycosique.

a) *Les signes de panaris analgésiques* sont très caractéristiques pour ne pas les emporter aux panaris ordinaires. Dans la maladie de Morvan souvent plusieurs doigts sont pris ; le doigt présente des troubles de la sensibilité dans toutes ses modalités, aucune douleur aux piqûres, même très profondes, complètement insensible à la chaleur et au froid. Si l'infection a évolué depuis longtemps la main est privée d'un ou plusieurs doigts en partie ou en totalité, les sections des doigts sont irrégulières, épaisses, boursoufflées. D'ailleurs, un examen général complètera le diagnostic par exemple, dans la syringomyelie, il y a des atrophies musculaires des membres etc... Mais ce qui fait la gravité de ces panaris analgésiques, c'est précisément qu'ils sont indolents, les coupures, blessures ne sont pas senties et l'infection secondaire d'origine externe les complique ; d'autre part ces infections se développent sur un terrain où les troubles trophiques sont très intenses. On voit souvent la phalangette atteinte, baigner dans le pus, sans la moindre douleur ; le pus gagne le long de la gaine pour aller même jusqu'à la paume de la main ; l'abcès s'ouvre à l'extérieur par de larges ulcérations, il se propage en profondeur, jusqu'aux articulations et

aux os qui se nécrosent et s'éliminent. La suppuration après un temps plus ou moins long cesse, et les fistules se ferment spontanément, mais la résultante est la mutilation définitive d'un ou plusieurs doigts.

On voit que, tous ces signes différents de ceux des panaris ordinaires dont ils doivent être distingués, car pronostic et thérapeutique sont très différents : néanmoins le traitement chirurgical est indiqué dans les cas compliqués par l'infection secondaire, il est alors uniquement symptomatique, se bornant à l'ouverture de fusées, ou l'extirpation de sequestres.

b) *Les infections mycosiques*, peuvent être prises pour les panaris ordinaires, car ce sont des cas rares dont les signes ne sont particuliers que tardivement. Au début, quand il n'y a pas encore d'ulcérations, les symptômes peuvent simuler une infection aiguë banale : le doigt est augmenté de volume, globuleux la peau est rouge, tendue, même il y a fluctuation, mais le fait que, tous ces signes ne s'accompagnent d'aucun phénomène général, le fait que l'exploration est tout à fait indolore, permettent bientôt de rectifier ce diagnostic. Dans les cas où le doigt présente des ulcérations uniques ou multiples d'aspect atone qui suppurent sans fin avec des traînées de lymphagite gommeuse, alors qu'on a déjà incisé plusieurs fois sans résultats, il faut penser à une infection chronique, et surtout l'infection mycosique. Il est nécessaire, alors, de rechercher systématiquement sous le microscope la *sporotrichose*.

Toutes ces explorations, entraînent des sanctions thérapeutiques très importantes. Car, comme disait M.

Meure « les interventions chirurgicales sont inutiles et Moure « les interventions chirurgicales sont inutiles et n'arrêtent pas l'évolution de la maladie ; nuisibles, car elles déterminent l'inoculation des tissus voisins, quelquefois même la généralisation. Et parce que comme on le sait, le traitement ioduré guérit très vite et complètement la sporotrichose ».

II. — RECONNAITRE LES VARIÉTÉS DE PANARIS

Peut-être, allons-nous redire, ce que nous avons déjà dit sur la nécessité de reconnaître à quelle variété de panaris on a affaire pour ne pas inciser là où il ne faut pas, pour ne pas pratiquer une thérapeutique sans méthode.

a) *Panaris de la troisième phalange.* — Dans le panaris péri-unguéal, quand l'infection est localisée le diagnostic est évident ; la peau est soulevée tout autour de l'ongle, une zone blanche marque la collection du pus, la douleur est nettement limitée. Mais il arrive souvent que la collection dépasse l'ongle pour aller vers la pulpe et on hésite entre *les panaris de la pulpe et péri-unguéal*. En général, on cherchera le point d'inoculation, la douleur plus localisée sur une partie que sur l'autre ; si la phlyctène a soulevé tout l'épiderme de la phalangette, il sera nécessaire d'enlever celle-ci pour chercher le pertuis qui existe très souvent et qui indique l'extension et par conséquent la conduite thérapeutique.

Arthrite. — Quand un panaris de la pulpe ne guérit pas, suspecter l'arthrite.

Pour savoir s'il y a arthrite, on se guidera sur les

signes suivants: mobilité anormale de la phalangette, surtout dans le sens latéral, crépitations et craquements en l'immobilisant ; dans les cas avancés, des fistules juxta articulaires explorées au stylet, amènent dans l'articulation et, enlèvent toute hésitation.

b) *S'il y a ostéite*, l'extrémité du doigt prend un aspect globuleux ; la peau est lisse, luisante, les parties sous-cutanées, sont œdématiées, la douleur se sent dans toute la partie de la phalangette, elle est profonde : existe-t-il une fistule spontanée, elle est très souvent au sommet de la pulpe, d'où il sort du pus, soit à la pression, soit d'une façon continue. De toute façon, surtout en matière d'accident de travail il faut une radiographie.

b) *Dans les panaris de la deuxième phalange*, on peut prendre la ténosynovite pour un panaris sous-cutané. On reconnaît la ténosynovite par les signes suivants, la douleur violente, le doigt globuleux gonflé *symétriquement*, en attitude de flexion irréductible dite « crochet » : toute tentative d'étendre le doigt reste impossible à cause des douleurs, ce qui la différencie des panaris sous-cutanés dont l'extension passible du doigt reste possible : enfin la douleur se sent surtout sur le trajet de la gaine synoviale.

Quant à l'arthrite de la deuxième phalange, elle sera suspectée, quand dans les cas récents la tuméfaction est péri-articulaire, la peau rouge, les plis dorsaux effacés, le doigt en demi-flexion. Dans les stades plus avancés, on trouve des fistules, des crépitations à la mobilisation, la phalange distale très mobile, même susceptible être su-

bluxée. Le diagnostic dans ce cas est facile.

Enfin il faut se garder de prendre un panaris de la pulpe pour un panaris de la deuxième phalange.

C. — PANARIS DE LA PREMIÈRE PHALANGE

Il est très fréquent de prendre le *panaris de la première phalange* pour un *phlegmon commissural* de la main. Il faut les distinguer et les séparer très nettement, comme au point de vue clinique et anatomique, et aussi au point de vue thérapeutique car l'incision est tout à fait différente. Dans ces deux cas, ce sont les mêmes symptômes généraux : fièvre élevée, douleurs intenses, lancinantes, insomnie, gonflement à la base du doigt du côté dorsal et du côté commissural ; mais si l'on explore plus attentivement, on voit dans le *phlegmon* que ce gonflement est symétrique sur les deux doigts, que la tuméfaction s'étend plutôt vers la paume de la main que vers le doigt, que la phalange basale est souple, presque indolore, tandis que dans le *panaris* le gonflement est asymétrique et prédomine sur un doigt.

Quant à la confusion avec une ténosynovite, on se basera sur les signes que nous avons indiqués dans la deuxième phalange. C'est-à-dire, la douleur est plus exquise sur le trajet de la gaine, tandis qu'elle est plus diffuse, dans l'autre cas, le doigt est en crochet dans les deux cas, mais inextensible en cas de ténosynovite, le gonflement est symétrique dans celle-ci, asymétriquement disposé en cas de panaris sous-cutané, etc...

Malgré cela, il n'est pas toujours possible de savoir exactement par la seule clinique, la localisation exacte du pus ; seule alors, l'exploration chirurgicale fait le diagnostic exact de situation et de propagation, à condition naturellement d'être menée sous champ exsangüe et avec une anesthésie parfaite.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Nous ne pourrions dire mieux, que de reproduire quelques passages du chapitre « Principes généraux du traitement », de M. Iselin, de son livre : *Plaies et les maladies infectieuses des mains*.

« *Le traitement doit être précoce*, car au début seulement les infections des espaces et des gaines sont limitées. Négligées, elles ne tardent pas à diffuser déterminant une infection totale de la main, de pronostic désespéré.

« *Mais le diagnostic doit être certain* : mieux vaut en cas de doute, alors que le pus ne semble pas nettement localisé, attendre quelques heures ; une incision trop précoce, mal dirigée, au hasard, risquerait d'infecter des espaces, une gaine qui ne le serait pas encore. Il faut savoir faire son diagnostic rapidement et intervenir dès lors d'urgence. Par conséquent, jamais d'incision au hasard : le chirurgien doit savoir où chercher le pus — « *L'opération* — l'ouverture d'un panaris est une véritable petite opération, bien loin de classique » « coup de pointe » que donne le praticien, sous un jet de chlorure d'éthyle local, sur un coin de sa table. Deux conditions absolues doivent être remplies : *anesthésie parfaite, champ exsangüe*, qui seuls permettront la recherche et l'exploration des fusées purulentes, qui font toute la gravité des panaris.

A « *Anesthésie parfaite* — *Seules les infections de*

la phalange unguéale sont justiciables de l'anesthésie locale en bague à la racine du doigt (si l'on fait une telle anesthésie commencer toujours par piquer la face dorsale, jamais la face palmaire, ni les faces latérales trop sensibles). »

Nous voulons ouvrir ici une petite parenthèse pour insister sur la bésignité et l'utilité absolue de l'anesthésie locale en bague à la novocaïne. C'est une anesthésie sans aucun danger ni complication. Car sur cent vingt-deux cas opérés ainsi nous n'avons jamais vu ni gangrène, ni le moindre accident quoiqu'on ai dit.

Tracé des Incisions



« Tous les autres panaris qu'ils soient sous-cutanés ou dans la gaine digitale, demandent une exploration des espaces cellulux de la main. Ils ne peuvent donc être opérés que sous anesthésie générale. Nous employons toujours le chlorure d'éthyle donné à la compresse de gaze

légère et qui suffit pour terminer l'opération en dix minutes.

B) « *Le champ exsangüe* pour les panaris de la phalange unguéale l'hémostose est assurée par le lien qu'on met à la racine du doigt en faisant en même temps l'anesthésie à la novocaïne. Quant aux autres variétés de panaris, on réalisera l'hémostone avec la borne d'Esmarch.

« *Les incisions.* — Ici encore il faut aller contre les habitudes acquises. Jamais on ne fera d'incision médiane longitudinale sur un panaris quelqu'il soit. L'incision médiane a tous les défauts : elle draine mal, puisqu'elle siège au point culminant ; elle permet les hernies du tendon fléchisseur entre les deux lèvres, incisées de la synoviale et des poulies fibreuses jusque vers la peau. Enfin elle laisse une cicatrice vicieuse, bridant et rétracant le doigt en rendant le fonctionnement impossible. Le principe est le même pour toute la chirurgie des doigts pour les suppurations, toutes les incisions seront latéralisées et elles exposeront toutes les fusées. Nous les verrons en détail pour chaque cas particulier.

« *Le drainage.* — Le mode de drainage est d'intérêt secondaire, si l'incision est faite en bonne place et de longueur voulue. En tous cas, le drainage ne sera jamais prolongé plus de quarante-huit heures ; si l'infection reprend, les incisions étaient certainement mal faites ou insuffisantes. Nous employons comme drains les lames de caoutchouc, plates et minces (cinq millimètres) ou par de petites mèches fines imbibées de vaseline, ce qui les rend imperméables. Elles drainent alors comme le caoutchouc le pus coulant le long de leurs bords.

« Il ne faut jamais employer de gaze sèche, sauf quand il y a hémorragie sans cela la gaze absorbe le sang, le pus coagule et forme tampon, de plus elle adhère à la plaie, rend le pansement douloureux et traumatisant pour les bourgeons charnus. L'hémorragie de l'ablation du garrot est négligeable et ne nécessite aucune ligature. Un simple tamponnement par mèche collargolée et un pansement avec beaucoup d'ouate, pas trop compressif (à cause du saignement veineux) suffisent à arrêter l'écoulement de sang.

Lorsque le suintement sanguin est considérable et ne sèche pas à la mèche vaselinée, il faut mettre de la gaze sèche, *mais la retirer au bout de quarante-huit heures seulement*, la remplacer alors par du tulle gras.

« *Les pansements — Dans les premiers jours* : Tant que l'infection menace encore, qu'il y a de la lymphangite il faut faire *des pansements chauds humides* : on les pratiquera deux ou trois fois par jour ; le malade est très souvent soulagé et la collection se localise.

« *Dès que l'infection est localisée cesser les pansements humides*. La prolongation de l'humidité chaude comme les bains, cédématient et mortifient les tissus, infiltrent la main et compromettent la défense locale et la réparation, si la plaie est nette et bourgeonnante, ce qui est rare, panser à la vaseline, au tulle gras. Si la plaie est encore encombrée de débris sphacéliques, de bourbillons, quelques pansements au Dakin nettoient rapidement accélérant l'élimination de tout ce qui doit être éliminé. Une fois la plaie propre pansement vaseliné au collargolé. D'ailleurs le gonflement et la fièvre ne tombe souvent que

vingt-quatre ou trente-six heures après l'opération.

« Les pansements ultérieurs seront rares et on suivra la réaction de la plaie par l'aspect de l'avant-bras sans lymphangite, sans gonflement, qui doit rester souple et de coloration normale. Si, au contraire, la température remonte, si la lymphangite reparait, enlever le pansement et vérifier. »

A. — PANARIS PHLYCTENOIDES

Dès qu'on est en présence d'un panaris phlycténoïde il ne faut pas retarder l'intervention sous prétexte qu'il peut guérir par simple pansement chaud. Sous la partie mince de l'épiderme, on voit la collection purulente et, c'est là qu'il faut l'ouvrir. L'épiderme étant insensible il n'est nullement besoin d'employer l'anesthésie au chlorure d'éthyle. Par conséquent, par la pointe du bistouri on incise la phlyctène et, ensuite avec un ciseau et une pince exciser l'épiderme décollé. La muqueuse ainsi découverte, une exploration minutieuse est nécessaire, car il peut y exister des pertuis amenant à une poche plus profonde. La partie une fois éliminée, on fera des pansements aux compresses chaudes 2-3 premiers jours et les jours suivants on se contentera de panser à plat simplement avec des compresses sèches. Les antiseptiques dans ces variétés de panaris sont inutiles.

Si par contre on trouve un pertuis, il faut attendre. Quelquefois la guérison vient toute seule après ouverture de la phlyctène, si non il faut intervenir et faire une in-

cision plus complète, d'après la variété de panaris causal. En somme, dans l'existence du pertuis *l'intervention se fait en deux temps* (Iselin). La phlyctène étant le résultat d'un processus d'évacuation spontanée. Si dans les deux jours la suppuration ne se tarit pas, faire alors des incisions plus larges et plus complètes.

Nous avons eu à traiter *trente-trois* panaris phlycténoïdes dont *trente* sont guéris par simple excision, et trois ont été opérés en deux temps.

B. — PANARIS PERI-UNGUEAL

Très souvent on se contente de couper « la partie unguéale qui forme couvercle par une simple incision, même sans aucune anesthésie locale, en croyant que si une goutte de pus en est sortie, tout s'arrangera. Cette incision timide est mauvaise, elle a comme inconvénient de négliger la fusée sous-unguéale, et l'ostéite possibles, car nous avons vu que dans le panaris sous-unguéal la phalangette est souvent atteinte.

D'après nous, il vaut mieux faire des incisions plus larges et plus méthodiques, que de faire une toute petite incision qui peut entraîner des conséquences fâcheuses. D'ailleurs, ouvrir la collection, explorer la base de l'ongle, accélérera la guérison beaucoup plus vite, sans laisser ni trop de difformités ni cicatrices disgracieuses.

Comme nous l'avons remarqué au chapitre du traitement en général, pour bien explorer la lésion, l'anesthésie locale est nécessaire. Cette anesthésie, nous la fai-

sons en bague à la novocaïne, en assurant en même temps le champ opératoire éxanguë.

La technique est suivante :

1. — *Incision en volet.* — Dans les cas où la collection occupe toute la base péri-unguéale, on fera deux incisions parallèles. Chacune de ces incisions prolonge le bord correspondant de l'ongle et se dirige vers le pli articulaire. Il ne faut pas trop inciser pour ne pas ouvrir l'articulation, on fera une autre incision transversale, juste au ras de la base de l'ongle de façon à déterminer « un lambeau rectangulaire à pédicule supérieur » (Ise-lin).

En décollant le lambeau au bistouri ou au ciseau, en le rabotant en haut, on découvre ainsi la lésion très largement ou la fusée. Si l'ongle est décollé dans toute sa totalité à sa base, on le resèque en éliminant la partie décollée. Mais il faut se garder d'enlever le reste de l'ongle adhérent, car la partie sous-unguéale dénudée est souvent très douloureuse. Avec une curette on gratte et évacue les parties sphacelées de la chair en nettoyant bien à l'éther ou l'alcool. Une fois, cette opération terminée, il faut s'assurer s'il n'y a pas des artères qui saignent et faire l'hémostase. Pour cela avant de faire des pansements il faut enlever le garrot. En général, l'hémorragie est minime et ne demande pas de ligature, on met une mèche entre le lambeau et la base de l'ongle et on panse à plat. Habituellement, la suppuration cesse en quelques jours (3 ou 4 jours), on enlève la mèche et le lambeau reprend très vite. Les pansements ultérieurs sont faits à la pommade au collargol.

2. — *Incision en demi-volet.* — Lorsque le pus est bien localisé dans un des ongles, on fera une seule incision vers en haut et une transversale, au ras de la base de l'ongle, de façon à déterminer un lambeau en demi-volet. La conduite à tenir est la même que ci-dessus et l'on termine en resecquant que la partie décollée de l'ongle.

En général, le temps de guérison est de quinze à vingt jours. Les résultats sont bons. *Nous n'avons eu qu'une complication sur quarante-deux cas*, c'était plutôt une faute opératoire. Il s'agit d'une malade à qui on a coupé le tendon extenseur de la phalangette, en décollant le lambeau. La phalangette bien entendu est restée en flexion continue.

PANARIS ANTHRACOÏDE

Traitement médical. — Tous les traitements préconisés en matière de furonculoses peuvent être essayés, mais les résultats obtenus ne sont pas toujours favorables ; aussi suivant MM. Moure et Iselin conseillons-nous désormais le traitement par l'association antivirusbactériophage. Cerclage de la lésion par trois ou quatre piqûres de 1 cm, du mélange antipyogène ou antistaphylococcique ; injection *in loco* et pansement gras à la pommade. Les auteurs qui ont traité *treize malades* par cette méthode ont observé la guérison complète en huit jours en moyenne, sans qu'il persiste ensuite de cicatrice.

Méthode simple, n'entraînant aucune réaction géné-

rale, s'accompagnant parfois d'une réaction légère, mais amenant toujours une sédation remarquable et la guérison en quelques jours.

Traitement chirurgical. — Anesthésie et technique.

— L'anesthésie générale pour une lésion limitée comme un panaris anthracôïde n'est nullement nécessaire. Pour une intervention si courte l'anesthésie locale est largement suffisante et c'est ici que le chlorure d'éthyle peut être indiqué.

Pour nous, cela tient uniquement à ce qu'on ne le donne pas comme il faut. Il faut le donner *en deux temps* c'est-à-dire en deux jets ; on commence à projeter le jet de chlorure d'éthyle, d'une certaine distance sur la lésion et, l'on continue jusqu'au moment où la place devient blanche. Puis, on cesse et on attend une minute, pour recommencer de nouveau jusqu'à ce que la place devienne tout à fait blanche, comme cuite ; c'est le moment d'inciser.

Incision. — Inciser en croix, jusqu'aux limites du décollement et sous lambeaux surélevés, on élimine très soigneusement toutes les parties sphacelées, bourbillonneuses, avec une curette ou un ciseau, jusqu'à ce que une fois l'incision terminée, on ne voit qu'une trace rouge, saignante, sans aucunes parties nécrosées. On termine l'opération en mettant une petite mèche entre les lambeaux et pansement au Dakin. Après deux ou trois jours, les pansements secs antiseptiques sont suffisants pour assurer la guérison qui survient en général en trois semaines. Nous avons opéré 16 cas avec une complication obs...

Enfin nous croyons qu'avant d'intervenir chirurgicalement dans les panaris anthracoides, il est toujours préférable d'essayer le traitement médical.

D. — PANARIS DE LA PULPE

L'incision doit être précoce, dès que le pus est collecté, puisque nous savons qu'il a toujours tendance à cheminer vers la profondeur et, si on retarde l'intervention on aura très souvent comme complication une ostéite de la phalange : d'autre part, l'intervention prématurée risque d'inoculer des parties saines. Par conséquent, dès *que le malade éprouve des douleurs spontanées et à la pression, dès que le sommeil est troublé et surtout dès que la pulpe est dure, ne fluctue plus comme normalement*, il faut intervenir. Ce sont des signes qui dictent l'intervention. Que de fois nous avons vu à la consultation à l'hôpital Saint-Louis des malades arrivant trop tard, après avoir traîné des jours et des jours, après avoir été incisé timidement deux ou trois fois, avec ostéite plus ou moins étendue et même prise de l'articulation ou de la gaine synoviale. Nous croyons qu'une grande partie de panaris compliqués le sont par suite de fautes opératoires. Car beaucoup de médecins pratiquent des incisions insuffisantes : « faire des incisions aussi petites « que possible, mais cependant suffisantes pour éviter « toute rétention de pus, c'est ce que j'appelle l'incision « tout juste suffisante : mais il faut qu'il (le médecin) « soit prêt à agrandir aussitôt son incision primitive, « dès qu'elle se montre insuffisante. J'opère toujours

« sans anesthésie. » (Gallois). Nous considérons que c'est une faute, on ne guérit pas le malade avec des petites incisions; on pourrait plutôt dire qu'il guérit malgré les petites incisions.

Au contraire il faut faire une incision large pour pouvoir ouvrir le foyer purulent d'emblée, explorer les fusées, s'il y en a, exciser le tissu nécrotique et *intéressé*, *éliminer chirurgicalement les bourbillons* et nettoyer la lésion. Toute cette opération nécessite une anesthésie locale complète, nécessite que le champ opératoire soit exsangüe. Tous ces procédés dûment exécutés, on rendra aux malades des services très appréciables.

Notre technique est la suivante :

Technique. — Bien entendu, le doigt sera nettoyé au préalable avec alcool et teinture d'iode. Comme nous l'avons dit, deux conditions sont absolument indispensables : anesthésie parfaite et champ opératoire exsangüe.

Incision. — Nous ne faisons plus d'incision *arciforme* telle que M. Iselin la préconisait en 1928. C'est une incision très commode, elle donne une voie d'accès très large mais elle expose à des cicatrisations vicieuses par *rétraction du lambeau antérieur* : nous l'avons employée systématiquement au début de l'année. Puis nous avons adopté l'*incision en demi-valve*, qui donne un jour très suffisant, mais qui ne laisse pas de cicatrice étendue et déprimée. Celle-ci nous semble préférable aux incisions latérales que préconise Zur Verth, car le pont médian cutané qu'elles laissent, risque de se syhaceler.

Pour pouvoir faire l'incision convenablement, on explore d'abord vers quel côté fuse la collection et c'est

sur ce côté qu'il faut ouvrir la pulpe. On trace l'incision latéralement en dirigeant le bistouri du milieu de l'extrémité de la pulpe vers le pli articulaire, latéralement, sans pourtant dépasser l'articulation.

Par conséquent on fera une incision en demi-valve, profonde, entre la phalangette et le reste de la pulpe, de façon à obtenir une large voie d'accès : l'incision a suivant les individus, 2 centimètres et plus. Par cette voie, on pourra explorer très largement les parties atteintes, exciser et éliminer les bourbillons : on peut explorer la phalangette, enlever les sequestres s'il y en a, réséquer la phalangette s'il en est besoin. Les cicatrices sont minimes et invisibles.

Il n'y a pas d'ostéite. — Après avoir excisé les parties sphacelées avec un ciseau, on mettra une mèche imbibée au Dakin. Cette mèche servira comme drainage. Quand la suppuration se tarit, c'est en général en trois ou quatre jours, on enlèvera la mèche pour permettre la cicatrisation. Il faut se garder de ne pas laisser la mèche trop longtemps, car l'épidermisation se fera très défec-tueusement et on aura une fente qui nécessitera une intervention secondaire pour aviver les bords de l'incision. Les pansements ultérieurs seront faits avec la pom-made au Collargol.

Le temps de guérison est en général de 12 à 20 jours.

Il y a ostéite. — On a beaucoup discuté sur la conduite à tenir dans le cas d'ostéite de la phalangette. Avec M. Iselin nous avons essayé deux méthodes : celle de Kanavel, méthode « radicale » et opératoire et, celle de Klapp — méthode conservatrice. *Le méthode de Kanavel*

consiste en résection sous-périostée de l'os, en amputant la phalangette juste à la jonction de l'épiphyse à la diaphyse. En laissant ainsi le périoste décollé et la partie basale, on espère que l'os se reformera. Malheureusement il n'en est pas ainsi toujours. La base restée en place se nécrose, s'élimine en son tour et, c'est après un temps assez long seulement, que la partie respectée de la phalangette se reconstitue.

Voici un cas démonstratif — Il s'agit de malade W. à qui on a pratiqué la résection sous-périostée de l'extrémité de la phalangette, atteinte d'ostéite. Quelque temps après, la partie respectée, se nécrosa, s'élimina et à la fin, la même partie se reconstitua c'est-à-dire un tiers de la phalangette. Les quatre radiographies pratiquées successivement nous montrèrent les divers stades du processus.

Méthode de Klapp. — On traite comme s'il n'y avait pas ostéite par l'incision latérale, en demi-valve, on extirpe la nécrose sous-cutanée, mais chose importante, *on ne touche pas l'os*. L'ostéite est plus ou moins étendue suivant que le processus a évolué plus ou moins longtemps. Par conséquent, on se trouve dans deux conditions différentes :

a) Le malade vient tard, avec une phalangette complètement nécrosée, avec un gros sequestre (sans arthrite, bien entendu). On élimine tout simplement avec une pince le ou les séquestres s'il y en a beaucoup et le traitement sera le même comme le panaris de la pulpe. Nous

n'insisterons pas sur l'utilité de la radiographie avant et après l'opération. Elle a double indication : elle donne très clairement la limite de séparation de sequestre du reste de l'os et l'état dans lequel se trouve l'articulation.

b) Le processus n'a pas évolué jusqu'à la nécrose complète et formation du sequestre. Dans ce cas on peut avoir deux éventualités : 1° *éventualité*, l'ostéite de la phalangette est tout à fait minime, l'extrémité de l'os est à peine atteinte, la réparation de la phalangette est rapide, sans aucune séquestration de celle-ci, à condition bien entendu que la suppuration cesse, sans quoi, l'ostéite va évoluer. 2° *éventualité* : après incision en demi-valve, on constate que la phalangette est très nécrosée, mais pas de sequestre encore. On maintiendra l'incision ouverte en mettant une mèche imbibée au Dakin pour pouvoir éliminer par là ultérieurement le séquestre ou les séquestres. Bien entendu, la suppuration quoi qu'on fasse va continuer tant que l'ostéite évolue dans la profondeur. Dans un temps plus ou moins long (ceci dépend de l'ancienneté de la lésion) le séquestre s'éliminera tout seul et il ne reste qu'à l'enlever simplement avec une pince. Ne pas oublier qu'il peut y avoir plusieurs petits séquestres, par conséquent, il est nécessaire d'explorer soigneusement le foyer. Tant que, tous ces séquestres ne sont pas enlevés la suppuration va continuer. Ceci fait, la mèche sera enlevée pour permettre la cicatrisation. Les pansements ultérieurs seront faits, tous les deux jours avec un antiseptique quelconque au *mercurochrome*, par exemple, dont le pouvoir antiseptique et réparateur est

très puissant, nous l'avons constaté dans beaucoup de circonstances. Dans cinq semaines en général la cicatrisation survient, et la régénération de la phalangette, dans des cas favorables après deux mois.

Mais il faut savoir aussi que la régénération dépendra de deux facteurs, à savoir : a) si la suppuration continue, si la cicatrisation ne se fait pas vite, la régénération retardera beaucoup et b) la situation de la lésion, son ancienneté, son étendue, c'est-à-dire ; si le séquestre comprend la totalité de la phalangette il n'y a pas d'après Klapp, à espérer de régénération : si au contraire la base de l'os reste en place et conserve sa vitalité, la régénération est certaine. Dans le cas où l'articulation est prise en même temps que l'os aucune régénération de la phalangette n'est possible. Quoiqu'il en soit une fois la cicatrisation bien faite le malade peut reprendre ses occupations et celles-ci se font en cinq ou six semaines.

Discussion: — Kanavel met comme argument qu'en réséquant deux tiers de la phalangette, on accélérera la guérison et en même temps on gagne du temps. Par la méthode de Klapp le temps perdu a comme compensation que la phalangette peut régénérer dans toute sa totalité. Par conséquent le doigt ne sera pas raccourci. Nous avons pratiqué les deux méthodes et nous croyons que la méthode de Kanavel a deux inconvénients : la base restée en place, se nécrose aussi, s'élimine et elle seule se reconstitue : par conséquent il n'y a pas de temps gagné et, elle raccourcit notablement le doigt.

La méthode de Klapp paraît très bonne, et elle nous a donné des résultats convaincants : nous n'hésitons pas

à en conseiller l'emploi, en insistant sur ce fait, qu'une fois l'opération exécutée, il faut surveiller l'évolution de l'ostéite, de manière à évacuer le séquestre dès qu'il s'est formé. Sinon, une suppuration persistante s'établira jusqu'au jour où le séquestre sortira de lui-même, mais après beaucoup de temps perdu, compromettant la régénération.

ARTHRITE

Une fois l'articulation atteinte par une suppuration intense, la valeur fonctionnelle de celle-ci est compromise, quoi qu'on fasse. Si on laisse l'arthrite évoluer plus longtemps, des complications plus graves peuvent arriver. Le processus détruit petit à petit le cartilage articulaire, gagne la phalange voisine ou la gaine synoviale, amorce de phlegmon de la main ou de l'avant-bras. Ceci dépendra bien entendu du doigt atteint. Mais il arrive souvent que le processus se tarit, la suppuration cesse et à la longue, la guérison s'installe. Mais cette guérison spontanée est toujours mauvaise, on peut dire indésirable, car l'ankylose qui en résulte, met la phalange dans une position très mauvaise ; elle est en effet soit en subluxation, soit en extension. C'est un doigt inutilisable, très gênant pour le malade.

Par conséquent quel est le traitement à envisager ? Nous parlons ici pour les arthrites de tous les doigts sauf le pouce. Car nous allons voir que pour le pouce les sanctions thérapeutiques ne sont pas les mêmes. Disons le

tout de suite, nous n'avons pas fait de résection, étant donné le temps trop long qu'exige alors la guérison : l'ankylose consécutive étant très gênante, les mouvements posifs douteux et longs à obtenir, nous font préférer *l'amputation*.

L'amputation sera faite à lambeau palmaire, *sans suture*. Les pansements seront faits au liquide de Dakin et ultérieurement avec la pommade au Mercurochrome. Le temps de guérison survient d'un mois sans suites mauvaises. Nous avons opéré quatre arthrites sans avoir eu aucune complication.

PANARIS DE LA DEUXIEME PHALANGE

Dans ces variétés de panaris nous employons l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle, car l'anesthésie locale ne peut pas toujours être pratiquée, lorsque le doigt à sa base est très augmenté de volume par un tissu infiltré, oedématié, qui rend l'anesthésie difficile et imparfaite : 2) d'autre part le garrot et la pince qu'on met à sa base gênent fortement l'opérateur. L'anesthésie générale doit être préférée, car elle se fait vite, complète simple et sans aucun inconvénient.

L'anesthésie ainsi obtenue et la phlyctène enlevée s'il y en a, on explore très soigneusement la limite de la poche. Mais nous voulons fortement insister ici sur ce que, pour ouvrir et bien drainer le foyer, il ne faut pas se contenter de faire une simple incision palmaire médiane et longitudinale ; car non seulement elle ne

draine pas du tout, mais elle a comme grave inconvénient, le risque d'ouvrir la gaine synoviale : enfin, en cas de guérison, de laisser une cicatrice rétractile, qui compromettrait ultérieurement l'utilisation du doigt. Par conséquent pas d'incision longitudinale palmaire.

Pour bien ouvrir et par conséquent bien drainer la collection, il faut pratiquer *deux incisions dorso-latérales*, une du côté externe de la deuxième phalange, l'autre de son côté externe ; après exploration du fond du foyer, pour vérifier l'intégrité de la gaine, on passe avec une pince de Kocher une lame de caoutchouc de part en part et qui draine fort bien.

On enlèvera les drains vers le deuxième ou troisième jour, car, en général la suppuration est tarie pendant ce laps de temps.

Dans les deux ou trois premiers jours, pansement chaud humide ; s'il y a des parties sphacelées, il faut les faire au Dakin ; mais la suppuration une fois tarie, on se contentera de pansements vaselinés ou collargolés.

Sauf complications, dues en général à des fautes opératoires, les suites sont très satisfaisantes. L'épidermisation se fait en quinze jours, sans aucune cicatrice rétractile, ni trop visible, le doigt est souple et parfaitement flexible et extensible. Nous avons eu occasion d'opérer quatorze cas de panaris de la deuxième phalange, avec une seule complication d'arthrite.

PANARIS DE LA PREMIERE PHALANGE

Nous savons déjà que le pus collecté à la base du

doigt tend toujours à fuser vers la main par deux voies principales, voie lombricale et voie dorsale. L'incision doit par conséquent se porter sur ces voies. Négligée, cette simple constatation anatomique (Iselin) aura comme conséquence, une évolution interminable ou même un phlegmon de la main. Nous avons essayé de pratiquer deux incisions comme dans le phlegmon commissural l'une dorsale, l'autre palmaire, avec une lame transfixiante, mais il se produit par suite, chaque fois, une ouverture spontanée sur le long du doigt, ce qui montre bien, que la collection n'était pas bien ouverte. Ainsi on prolonge la suppuration pour aboutir à la fin aux complications.

Dans tous nos cas de panaris de la première phalange, nous avons pratiqué la technique proposée par M. Iselin, c'est-à-dire, incision à trois branches.

Technique de M. Iselin. — Anesthésie générale et bande d'Esmarch.

Incision. — *Première branche digitale, latérale externe.* — L'incision sera faite sur la face latérale externe du doigt. Elle sera prolongée en bas vers la deuxième phalange, sans pourtant l'atteindre et en haut vers le pli commissural. Explorer bien le fond de l'incision pour vérifier l'intégrité de la gaine.

La deuxième branche dorsale. — La deuxième incision sera faite en prolongeant celle de la précédente, sur la partie dorsale de la commissure, en la dirigeant vers les têtes métacarpiennes, de longueur de 3 à 4 centimètres. On éponge soigneusement.

La troisième branche palmaire. — La troisième inci-

sion continue la direction de la branche digitale le tong de lombrical, de longueur de 2 à 3 centimètres. C'est une incision interdigitale. Par cette incision on ouvre le canal lombrical et si on y trouve une collection, on voit immédiatement un flot de pus qui sort.

Ainsi la commissure fibreuse interdigitale se trouve toujours sectionnée, et le foyer largement ouvert et drainé suffisamment.

Pansement. — Nous ne mettons aucun drain. — Tamponnement simple aux compresses iodoformées, suffit. Le tamponnement assure parfaitement le drainage et dans quelques jours, quand la suppuration est tarie (en général en 3 ou 4 jours) on supprime les compresses ainsi tamponnées, pour permettre la cicatrisation. Le temps de guérison est en général de trois semaines. On ne voit presque jamais de gêne quelconque à la suite des cicatrices, elles sont souples, sans aucune rétraction sous-cutanée, presque invisible. Les mouvements passifs et actifs du doigt sont complètement libres.

Nous avons eu 16 cas opérés par cette technique sans aucune complication. Tous ont guéri rapidement avec un résultat parfait.

PANARIS DU POUCE

(Traitement des arthrites suppurées)

Nous avons mis à part le traitement du pouce, vu l'importance qu'il joue dans l'utilisation de la main.

Le panaris de la pulpe sera traité de la même façon et par la même technique comme les autres doigts. D'ailleurs, l'ostéite de la phalange aura aussi la même technique et la même conduite c'est-à-dire la méthode de Klapp.

Mais en ce qui touche l'*articulation*, le traitement est tout autre. On s'efforcera de conserver le pouce par tous les moyens thérapeutiques et de lui donner en cas d'ankylose, la position la plus utilisable. Par conséquent, dans toute arthrite suppurée, il faut drainer pour conserver le pouce ; mais par quels moyens ? Est-ce par l'arthrotomie, avec drainage, est-ce par la résection ?

L'*arthrotomie* draine mal dans les articulations serrées comme aux doigts. Pour obtenir un drainage plus large, pour faciliter le nettoyage et pansement ultérieur, il faut faire la résection. La résection doit être précoce. Car celle-ci ne sera pas utile que dans le cas où la suppuration n'a pas élargi ses destructions au delà de l'article, sans quoi l'utilisation du pouce deviendra discutable et même mauvaise. Par conséquent dès qu'on porte le diagnostic d'arthrite suppurée, l'intervention s'impose.

Technique. — L'anesthésie générale ou chlorure d'éthyle et champ opératoire exsangu est nécessaire. Celui-ci sera assuré par la bande d'Esmarch.

On ouvre l'articulation par une incision dorso-latérale en élargissant l'incision avec deux pinces pour avoir une voie d'accès plus large et en écartant en même temps les tendons, on résèque la tête de la 1^{re}

phalange avec une pince gouge. La résection de l'extrémité de l'autre phalange n'est pas nécessaire. L'articulation élargie on est sûr qu'elle se drainera suffisamment. Les pansements seront faits avec des compresses largement imbibées au baume du Perou, on peut mettre le baume de Pérou dans l'articulation même. Les pansements ainsi faits seront enveloppés avec une mince couche de coton hydrophile stérile. Mais chose importante, il faut donner au pouce une position utile pour la suite. Car la pseudartrose ou l'ankylose qui en résultera, ne permettra pas au pouce son utilisation suffisante si l'on ne le met pas dans une position moins gênante. Les deux phalanges devront être mises en légère flexion c'est-à-dire en position de fonction. Pour maintenir le pouce dans cette position, on l'immobilise avec un appareil métallique en fil de fer qu'on applique au moment même de l'opération, en l'adaptant bien à la main du malade. Nous ne décrirons pas l'appareil dont on trouvera la description dans le livre d'Iselin « les maladies infectieuses des mains ». Une fois l'appareil en place, on le fixera par des bandes plâtrées. En général, en 10-14 jours la suppuration est tarie mais l'appareil plâtré restera au moins un mois, sous peine de retarder et même compromettre la guérison si l'on l'enlève plus tôt. Si l'appareil par suite se relâche ou ne tient pas, on le remplacera avec autre, en procédant de la même façon.

La guérison survient dans un mois par une pseudartrose serrée ou par ankylose. Dans le cas de guérison par pseudartrose on commencera petit à petit des mou-

vements passifs et plus actifs. Dans un temps, il est vrai long on arrive à récupérer la valeur fonctionnelle du pouce. Même en cas d'ankylose complète le pouce devient utile par la position qu'on lui a donné, pour permettre au malade de se servir utilement de sa main.

Nous avons eu occasion d'opérer 14 cas d'arthrite suppurées, dont 12 de la 2^e articulation et 2 à la première: il n'y eut aucune complication ultérieure. A l'allasion de plâtre après 3 semaines, presque tous étaient cicatrisés. Le résultat fonctionnel est variable, depuis l'ankylose en bonne position, jusqu'à la récupération de petits mouvements.

OBSERVATIONS

PANARIS' PHLYCTENOIDES

- N° 20 M^{me} B. *Panaris phlycténoïde du pouce droit.* Le 11 avril 1930. Incision. Ablation de l'épiderme. Guérison.
- N° 21 M. B. *Panaris phlycténoïde de la 2^e phalange droite.* Le 12 avril 1930. Décollement épidermique entourant toute la partie de la 2^e phalange. Incision; excision de la phlyctène ; pansement à plat.
- N° 25 M^{me} L. *Panaris superficiel index droit.* Le 15 avril 1930. Incision circulaire, pus abondant, pertuis, pansement à plat. Guérison.
- N° 27 M. P. *Panaris sous épidermique pouce droit.* Excision de l'épiderme sur toute l'étendue du décollement, pansement à plat.
- N° 39 M^{lle} H. *Panaris phlycténoïde de la face palmaire de l'index.* Le 29 avril 1930. Incision au pli de flexion pertuis. La gaine ne paraît pas atteinte, élimination du tissu sphacelé. Mèche.
- N° 57 M. B. *Panaris de la face palmaire de l'index gauche.* Le 25 mai 1930. — Incision (au Kélène). Elimination de l'épiderme décollé. — Mèche.

- N° 65 M. L. *Panaris phlycténoïde de la face palmaire de la 2^e phalange*. Le 16 juin 1930. Ouverture de la phlyctène, pus abondant, pansements à plat.
- N° 70 M^{me} G. *Mal blanc phlycténoïde de l'index droit*. Le 20 juin 1930. Début il y a 18 jours, par piqure. Douleur lancinante. Gonflement local. Enesthésie en bague, décollement de l'épiderme. Pas de communication profonde, pansement à plat.
- N° 78 M. T. *Panaris phlycténoïde de la face palmaire de l'annulaire droit*. Le 26 juin 1930. Incision circulaire, pus en grande quantité, pansement à plat.
- N° 96 M. C. *Panaris phlycténoïde sous-épidermique de la 2^e phalange de l'index droit*. Le 16 juillet 1930. Incision au Kélène, pus abondant, pansement à plat.
- N° 97 M. S. *Panaris sous-épidermique de la paume de la main droite et du 5^e doigt gauche*. Le 18 juillet 1930. Un énorme décollement épidermique. Incision, pus abondant, élimination de l'épiderme décollé, pansement à plat ; guérison.
- N° 122 M^{me} C. *Panaris sous-cutané à la base de l'annulaire gauche (panaris phlycténoïde)*. Le 5 septembre 1930. Incision simple, pas de pertuis, pansement à plat.
- N° 124 M^{me} M. — *Panaris phlycténoïde du médius et annulaire*. Le 8 septembre 1930. Début il y a 5 jours, décollement complet de l'épiderme au niveau de la 2^e phalange. Incision simple et pansement à plat.
- N° 133 M. B. — *Panaris phlycténoïde du pouce gauche*. Le 18 septembre 1930. Excision circulaire de la phlyctène, pus abondant et vert, pertuis, mèche.
- N° 134 M. L. — *Panaris sous-épidermique de la face externe de la 1^e phalange de l'index droit*. Le 18 septembre 1930. Incision

(Kélène), pus peu abondant, collection superficielle, pansement à plat.

N° 136 M. B. — *Panaris phlycténoïde de la 3^e phalange de l'index droit.* Le 20 août 1930. Incision (Kélène) goutte de pus, pansement à plat.

N° 140 M^{me} G. — *Panaris phlycténoïde de la pulpe du médius droit.* Le 23 septembre 1930. Excision de la phlyctène. Pas de pertuis en bouton de chemise. Pansement à plat.

N° 143 M. C. — *Panaris phlycténoïde à la base du pouce droit.* Le 19 septembre 1930. Excision de la phlyctène. Pas de pertuis de communication avec la profondeur. Pansement à plat. Le 26 septembre 1930 revu. Guérison.

N° 155 M. F. — *Panaris phlycténoïde de la 1^e phalange de l'annulaire droit.* Le 7 octobre 1930. A la base du doigt l'épiderme est entièrement décollé. Incision de la phlyctène, pansement à plat.

N° 158 M^{me} A. — *Panaris sous-cutané (phlycténoïde de l'index droit).* Le 10 octobre 1930. Consécutif d'un eczéma. Incision en croix dans la base du doigt, pansement à plat.

N° 162 M^{lle} N. — *Panaris phlycténoïde de la pulpe du pouce droit.* Le 14 octobre 1930. Ouverture de la phlyctène. Elimination de la peau morte. Pansement à plat.

N° 165 M^{me} C. — *Panaris sous-cutané (phlycténoïde) à la base du pouce gauche.* Le 18 octobre 1930. Incision. La collection est tout à fait superficielle. Elimination de la phlyctène, pansement à plat.

N° 167 M. L... — *Panaris phlycténoïde de la 1^{re} phalange de l'annulaire.* Le 14 octobre 1930. Consécutif d'une piqûre, il y a 4 jours. La base du doigt est globuleuse, douloureuse. Incision en croix, pus, mèche.

N° 170 M. R. — *Panaris phlycténoïde de la 1^e phalange angle du médius droit*. Le 26 octobre 1930. Sur la face palmaire une énorme phlyctène. — Excision de la phlyctène. Pansement à plat.

N° 171 M. C... — *Phlegmon phlycténoïde localisé à la 1^{re} phalange du pouce droit*. Le 26 octobre 1930. Incision à l'anesthésie au chlorure d'éthyle, pansement à plat.

N° 176 M^{lle} R. — *Panaris phlycténoïde du médius gauche*. Le 1^{er} novembre 1930. Excision de la phlyctène. Exploration collection en bouton de chemise, pansement à plat.

N° 177 M. B.-B. — *Panaris phlycténoïde du médius droit*. Le 1^{er} novembre 1930. Excision de la phlyctène. Evacuation du pus, pansement à plat.

N° 185 M^{me} V. — *Panaris sous-cutané de la pulpe et un panaris phlycténoïde de la face dorsale de la 3^e phalange*. Le 12 novembre 1930. Incision cruciforme de la pulpe. Ablation de la phlyctène sur la face dorsale, pansement à plat.

N° 188 M. L. — *Panaris superficiel du pouce*. Le 14 novembre 1930. Enorme phlyctène : excision de la phlyctène. pansement à plat.

N° 191 M. R. — *Panaris phlycténoïde de la pulpe*. Le 19 novembre 1930. L'épiderme de la pulpe de l'index gauche est entièrement décollée par une nappe de pus superficielle. Excision (au Kélène) Liquide séreux, pansement à plat.

PANARIS PERI-UNGUEAL

N° 14 M^{lle} D... — *Panaris péri-unguéal du médius gauche*. Le 20 mars 1930, incisé le 20 avril, mais en voyant la malade le 4 avril, la plaie continuait à suppurer. On fait un curettage

et ablation de toute la partie basale de l'ongle, pas d'ostéite mèche. La malade n'est pas revenue.

N° 22 M. G. — *Panaris péri-ungéal du médius gauche.* Le 12 avril 1930, piqûre avec une écharde, il y a une semaine, épiderme soulevé sur un côté de l'ongle ; malade ne dort pas. Anesthésie en bague. Incision en demi-volet ; pus en quantité minime, pas de fusée sous l'ongle, mèche.

N° 31 M. L. — *Panaris péri-ungéal du pouce droit.* — Le 10 avril 1930 — suite de coupure de scie — phlyctène à la base de l'ongle, la collection bien localisée. — Incision en volet, sous anesthésie locale en bague — Evacuation du pus — pas de décollement de l'ongle — Pansement à plat.

N° 34 M^{me} B. — *Panaris péri-ungéal du médius droit.* — Le 22 avril 1930, l'infection provoquée par piqûre avec aiguille il y a onze jours. On ne voit pas de phlyctène, mais la malade souffre — Incision en demi-volet — fusée sous l'ongle — pas d'ostéite — résection partielle de la base de l'ongle — mèche pansement collargolé Revue le 6 mai 1930, guérie.

N° 35 M^{me} B. — *Panaris sous-ungéal du médius droit* — Le 24 avril 1930. — Incisée en ville, il y a 5 jours. A l'examen l'ongle semble complètement détruit, l'incision volet, la base de l'ongle détruite, le tissu sous-cutané complètement sphacelé autour de l'ongle, pas d'ostéite ni arthrite — Excision des parties sphacelées. — Pansement à plat.

N° 55 M^{me} R. — *Panaris sous-ungéal du médius droit.* Le 28 mai 1930, piqûre il y a 8 jours, l'inflammation et la collection limitée sur l'un des côtés de l'ongle. Incision en demi-volet. Ablation de la partie de l'ongle décollé — mèche, la cicatrisation est complète en 17 jours.

N° 60 M. M. — *Panaris péri-ungéal du pouce gauche.* Le 2 juin

1930 panaris typique : phlyctène à la base de l'ongle, douleur à la pression, la collection purulente semble ammatée. Incision en volet — peu abondant — surjetage — pas d'ostéite — mèche.

N° 66 M^{me} L... — *Tourniole du pouce gauche*. Le 17 juin 1930. Début il y a 11 jours à la suite d'une piqure. Pus bien collecté le long du bord externe de l'ongle. Anesthésie en bague — Incision en demi-volet — Evacuation du pus — pas d'ostéite, ni arthrite — mèche — la malade n'est pas revenue.

N° 69 M^{lle} M. — *Panaris sous-unguéal de l'index gauche*. Le 18 juin 1930. L'infection date depuis 10 jours — incisée une fois en ville mais la suppuration continuait — Incision en volet à l'anesthésie en bague — Ablation de la partie supérieure de l'ongle — pas d'ostéite — mèche — la cicatrisation en 13 jours.

N° 79 M. D. — *Panaris péri-unguéal du pouce gauche*. Le 27 juin 1930. Incision en volet — Excision de la phlyctène et tissu sous-cutané sphacelé — Exploration — Pas d'ostéite, ni arthrite — mèche et pansement collargolé — cicatrisation se faisant vite.

N° 81 M^{me} N... — *Tourniole du pouce gauche*. Le 28 juin 1930. Incision typique, c'est-à-dire en volet. — Suppuration sous la face profonde du lambeau, remontant assez haut, mais ni l'os, ni l'articulation ne sont pas touchés. Mèche entre le lambeau et le reste du doigt. — Pansement au Danin. — Complètement guérie en 16 jours.

N° 82 M. L. — *Panaris péri-unguéal du pouce gauche*. Le 28 juin 1930. — Incision en volet — Exploration — décollement partiel de la base de l'ongle — résection d'une partie de celui-ci — pas d'ostéite — mèche.

- N° 88 M. C. — *Panaris péri-unguéal de l'index gauche.* — Le 7 juillet 1930. — Soulèvement épidermique autour de la base de l'ongle, la collection nette sous la phlyctène — anesthésie en bague — Incision en volet — Curettage — pas de lésions osseuses — mèche.
- N° 95 M. W. — *Panaris péri-unguéal du pouce droit.* — Le 13 juillet 1930. — Incision en valve. — Lésions superficielles. — L'ongle est intact — mèche, pansement collargol.
- N° 100 M^{me} D. — *Panaris péri-unguéal du médius gauche.* — Le 19 juillet 1930. — Tourniole typique — Incision en volet — Ablation de la partie supérieure de l'ongle décollé. — Pas de lésions osseuses — mèche — Revue le 4 août 1930 — guérison.
- N° 102 M^{me} P. — *Panaris péri-unguéal de l'annulaire droit.* — Le 29 juillet 1930. — Décollement épidermique dans un côté de l'ongle. — Anesthésie en bague. — Incision en demi-volet. — L'ongle n'est pas décollé. — Pansement à plat.
- N° 111 M. C. — *Panaris péri-unguéal de l'index droit.* — Le 19 août 1930. Incision en volet quadrangulaire. — Excision du tissu nécrosé. — Décollement de l'ongle — Mèche — résection de sa moitié.
- N° 121 M^{me} H... — *Tourniole du médius gauche.* — Le 2 septembre 1930. — Incision en demi-volet. — Sans aucun décollement de l'ongle. — Curettage. — On laisse l'ongle sans le toucher — Mèche.
- N° 132 M^{me} C. — *Panaris péri-unguéal du pouce droit.* — Le 18 septembre 1930. — Phlyctène autour de l'ongle — douleur spontanée et à la pression — Incision classique — pas de lésions osseuses — mèche — pansement à la pommade au collargol.

- N° 135 M. G. — *Panaris « gangréneux » péri-unguéal du pouce droit.* — Le 19 septembre 1930. — Volumineux tournoiil du pouce droit. Dès la première incision — un pus séro-purulent jaillit — Extrêmement fétide — Excision des tissus sphacelés. — L'ongle est entièrement décollé — pas d'ostéite. — On enlève l'ongle. — Pansement au Dakin.
- N° 137 M^{me} B. — *Panaris péri-unguéal.* — Le 20 septembre 1930. — Incision classique — Exploration — pas d'ostéites. — L'ongle n'est pas décollé. — On ne touche pas l'ongle. — Revue le 24 novembre 1930. — Le tendon extenseur a été coupé — la 3^e phalange est en flexion constante.
- N° 139 M^{me} P. — *Panaris péri-unguéal du pouce droit.* — Le 22 septembre 1930. — Incision en demi-volet et excision d'un bout de l'ongle. — Pas de lésions osseuses — pansement à plat.
- N° 141 M^{me} C. — *Panaris péri-unguéal du pouce gauche.* — Le 23 mai 1930. — Incision unilatérale (en demi bec de canard). Excision du tissu sphacelé — résection d'une partie de la base de l'ongle — Exploration de la phalangette — Sans ostéite — Mèche — Revue le 9 juin 1930, guérie.
- N° 145 M^{lle} B. — *Panaris péri-unguéal du petit doigt droit.* — Le 27 septembre 1930. — Depuis 2 jours — douleur spontanée, sans sommeil. — Incision en demi-valve, l'ongle en partie décollé — on enlève la partie décollée — sans toucher la matrice — Curettage — mèche.
- N° 147 M^{lle} L... — *Panaris péri-unguéal du pouce droit.* — Le 1^{er} octobre 1930. — Panaris par piqûre, il y a 6 jours — rougeur — douleur spontanée et à la pression. Photographiée — la malade vient aujourd'hui avec un panaris péri-unguéal typique — La peau est tout à fait soulevée autour de l'ongle, rougeur et douleur, une zone blanche tout autour de l'ongle

marque que sous la peau il y a une collection du pus — Incision en « bec de canard ». Pus en abondance, sans décollement de l'ongle — sans ostéite — on laisse l'ongle et la cicatrice sans les toucher — Mèche.

N° 151 M. T. — *Panaris péri-unguéal de l'index gauche.* — Le 5 octobre 1930. — Début il y a 7 jours — phlyctène autour Incision en demi-volet — l'ongle n'est pas décollé, pas d'ostéite — Mèche, pansement au Dakin.

N° 152 M. V. — *Panaris péri-unguéal du médius droit associé à panaris sous-cutané de la phalangette.* — Le 5 octobre 1930. — Consécutif à la pénétration d'une écharde, extraite le 28 septembre 1930. — Depuis huit jours — doigt gonflé — douleur. Examen. Il y a du pus sous l'ongle, la pulpe est blanche, douloureuse. — a) Incision en demi-valve — pas de pus, — b) branchement d'une incision en volet, mèche.

N° 154 M. S. — *Panaris péri-unguéal du pouce droit.* — Le 6 octobre 1930. — Début il y a huit jours. — L'épiderme est entièrement décollé jusqu'à la base du doigt et ressemble à une volumineuse phlyctène. Le décollement atteint aussi la face palmaire de la dernière phalange. Deux incisions latérales : Excision de la phlyctène, L'ongle est entièrement décollé par le pus. — Pas d'ostéite — pas d'arthrite. — Pansement au collargol.

N° 156 M^{me} J. — *Panaris péri-unguéal du médius droit.* — Le 7 octobre 1930. — A la suite de l'arrachement de la peau autour de l'ongle il y a trois jours. Douleur, rougeur, etc... Incision en bec de canard. — Exploration : l'ongle est complètement décollé — matrice complètement détruite — Enlèvement de l'ongle et de la matrice — Pas d'ostéite — ni arthrite — la cicatrisation a commencé après le 9^e jour, la malade n'est pas revenue.

N° 157 M. B. — *Phlyctène infectée à la base de l'ongle de l'annulaire droit.* — *L'aspect est celui d'un panaris péri-unguéal* — Ouverture de la phlyctène. — Le pus vient de 2 côtés de l'ongle. Exploration : pas de pus sous l'ongle (pas de fistule) on ne touche pas à l'ongle — mèche et pansement au Dakin. Revue le 13 octobre 1930, en bonne voie de guérison.

N° 164 M^{me} G. — *Panaris sous-unguéal du pouce droit.* — Le 15 octobre 1930. — A la suite d'une piqûre, il y a 10 jours. — Incision en demi-volet. — Pas de pus. — Mais on trouve du pus sous l'ongle — la partie supérieure de l'ongle est décollée, la matrice n'est pas touchée. — Le pus se trouve au contact de la phalangette, qui est d'ailleurs en vue — mais pas d'ostéite. — Curetage soigneusement — Mèche.

N° 168 M. F. — *Panaris péri-unguéal du médium gauche.* — Le 24 octobre 1930. — Incision en volet. — On trouve du pus sur la partie tout externe de l'ongle. — Elimination du tissu nécrosé par curetage. — Extraction d'une petite partie de l'ongle — mèche. Revue le 5 novembre 1930 — cicatrisation parfaite.

N° 169 M^{lle} N. — *Panaris péri-unguéal du médium droit.* — Le 24 octobre 1930. — Incision en demi-volet. — Pus abondant. — L'ongle n'est pas touché — pas de décollement de la base de l'ongle — pas d'ostéite — mèche — pansement au Dakin.

N° 173 M^{me} B. — *Panaris péri-unguéal du médium droit.* — Le 27 octobre 1930. — Débuté il y a 7 jours, mais depuis 2 jours seulement la malade en souffre beaucoup — un tout petit soulèvement épidermique — mais une douleur très vive dans un côté de l'ongle. La malade ne dort pas. Incision en volet à l'anesthésie en bague. — Exploration de l'ongle sa base partiellement décollée par une fusée purulente — pas d'ostéite — résection d'une partie de l'ongle — mèche — la malade n'est pas revenue.

N° 175 M^{me} B. — *Panaris péri-unguéal du pouce droit.* — Le 30 octobre 1930. — Début il y a 15 jours — phlyctène autour de l'ongle — aucune douleur spontanée — douleur à la pression. — Incision en volet. — Exploration. — Pas de fusée sous l'ongle. — Mèche. — La malade revue 15 jours après, guérison complète.

N° 182 M^{me} D. — *Panaris de la face dorsale de la phalangette unguéale de l'annulaire droit.* — Le 10 novembre 1930. — Soulèvement épidermique autour de la base de l'ongle. — Incision unilatérale c'est-à-dire en demi-volet. — Pas de décollement de la base de l'ongle. — Le panaris est strictement péri-unguéal. — Evacuation du pus. — Pansement à la pommade de Collargol.

N° 186 M^{me} A. — *Panaris péri-unguéal du médius gauche.* — Le 13 novembre 1930. — La malade déjà incisé en ville il y a 4 jours, mais la suppuration continue. — En explorant après l'incision en demi-volet, on trouve une fusée sous l'ongle — l'os semble n'être pas touché. — Elimination de toutes les parties sphacelées — résection la moitié de l'ongle à sa base. — La cicatrisation en bonne voie — malade n'est pas revenue.

N° 187 M^{lle} M. — *Panaris péri et sous-unguéal du médius droit.* — Le 13 novembre 1930. — Début il y a 8 jours — une énorme phlyctène autour de l'ongle qui se propage même vers la pulpe ; douleur minime. — Incision habituelle, c'est-à-dire en volet. — La base de l'ongle partiellement décollée. — Excision du tissu sphacelé. — Demi-section de l'ongle — guérison en 14 jours.

N° 189 M. L. — *Panaris péri-unguéal du médius droit.* — Le 15 novembre 1930. — L'ongle entièrement décollé (Déjà opéré en ville). — Incision en volet. — Ablation de l'ongle et nettoyage de toutes les parties saines, — L'os n'est pas

atteint. — Mèche et pansement au Dakin. — Revu le 2 décembre 1930, la cicatrisation à peu près complète.

N° 190 M. G. — *Panaris péri et sous-unguéal de l'index gauche.* — Le 18 novembre 1930. — Consécutif à une piqûre avec une écharde — la collection prédomine sur un côté de l'ongle. Incision en volet — élimination du tissu nécrosé et résection de la moitié de l'ongle sur toute sa longueur.

N° 195 M^{me} V. — *Tourniole de l'index gauche.* — Le 4 décembre 1930. — A l'examen, on voit une phlyctène autour de l'ongle — la malade souffre depuis 3 jours, au palper on sent bien la collection. Incision habituelle c'est-à-dire en volet. — Excision de tissus sphacelés. — Résection de la base de l'ongle sur une partie de sa largeur. — Mèche entre le doigt et le lambeau.

N° 197 M. R. — *Panaris péri-unguéal de l'index droit.* — Le 5 décembre 1930. — Incision en lambeau supérieur — une fusée sous la base de l'ongle; celui-ci complètement décollé, sans ostéite. — Ablation de l'ongle décollé. — Revu le 22 décembre 1930, complètement guéri en 17 jours.

N° 201 M. L. — *Panaris sous-unguéal de l'annulaire droit.* — Le 18 décembre 1930. — Début le 28 novembre. — Incisé le 6 décembre 1930. C. E. L. Incision en volet à la base de l'ongle. — Pus sous l'ongle. — Résection de l'ongle juste à la limite du décollement — mèche.

PANARIS PERI-UNGUEAL COMPLIQUÉ

N° 1 M. P. — *Panaris sous-unguéal et de la face dorsale de l'annulaire droit.* — Le 24 avril 1936. — Incision classique en demi volet, on tombe sur la 2^e articulation du doigt qui est ouvert : arthrite suppurée. — Nettoyage soigneux. — Lavage de l'articulation au vaccin du Docteur Rosenthal. — Pansement au même vaccin. — Le 25 avril 1930, désarticu-

lation de la 3^e phalange, grand lambeau palmaire. Le malade se présente à la consultation le 12 mai, à peu près trois semaines après la première opération. — Exploration du doigt : ostéite de la 2^e phalange — véritable éponge. — Désarticulation de la 2^e phalange. — Le 7 juin 1930, guérison : résultat excellent, le moignon est de volume normal.

N° 4 M^{me} C. — *Tourniole (panaris péri-unguéal) de l'annulaire droit.* — Une écharde, il y a 8 jours. — Panaris typique. — Incision typique. — On tombe sur un foyer d'ostéite de la phalangette la suppuration est à la base de la phalangette, et l'ongle est décollé à sa base. — Ablation de l'ongle jusqu'à la limite du décollement. — Un curetage très soigné de la phalangette. — Le 6 août 1930. — Arthrite suppurée — Malgré plâtre du doigt celui-ci n'a pas donné les résultats espérés. — On fait la désarticulation de la phalangette en même temps, la résection de la deuxième phalange. Lambeau palmaire. — Mèche.

N° 6 M. D. — *Panaris sous-unguéal du pouce droit.* — Le 2 septembre 1930 on fait une incision typique. — Exploration. — On tombe sur un foyer d'ostéite à la moitié inférieure de la 2^e phalange. L'articulation est ouverte, contient du pus. — L'extrémité distale de la première phalange est intacte. Extraction des esquilles. — Curetage du foyer d'ostéite dans le but d'essayer de conserver à tout prix le pouce droit. On a immobilisé le pouce en position de fonction sous plâtre. Revu le 30 septembre 1930, en bonne voie, la cicatrisation n'est pas encore terminée, on remet le pouce sous une atelle en position de fonction. — Pansement. — Revu le 11 octobre 1930. — En bonne voie.

N° 40 M^{me} G... *Panaris péri-unguéal.* Le 1^{er} mai 1930, incision habituelle. — On s'aperçoit qu'il y a une arthrite. — Désarticulation. — Lambeau palmaire. Pas de suture. — Mèche.

N° 50 M^{me} E. — *Ulcération de la face dorsale de la 2^e phalange de*

l'index droit. — Le 20 mai 1930, deux mois avant, tournoiolo non opérée avec fusée dorsale, — Pendant deux mois on fait des pansements variés, sans aucune intervention. Aujourd'hui anesthésie en bague. L'exploration montre que les dégâts sont uniquement cutanés, ni os, ni articulation ne sont atteints (radiographie le confirme). Revue le 3 juin, guérison.

N° 63 M. C. — *Panaris péri-unguéal compliqué d'arthrite et puis de ténosynovite.* Le 10 juin 1930 (obs. rapportée par M. Moure).

N° 149 M^{me} M. — *Panaris péri-unguéal de l'index gauche.* — Le 4 octobre 1930, incision typique, l'ongle est décollé, la matrice complètement détruite — Excision du reste de la cicatrice. — La partie distale de l'ongle reste en place. Le 9 octobre 1930, la malade souffre, la cicatrice n'est pas fermée. A l'exploration du doigt on constate que l'articulation est atteinte. Par conséquent, arthrite. Désarticulation de la phalangette, lambeau palmaire. — Mèche.

N° 161 M. P... — *Panaris sous unguéal du médius gauche.* — Le 14 octobre 1930, incision en demi-volet, on fait sauter la partie supérieure de l'ongle : pertuis, par où sort du pus.

Légère ostéite de l'extrémité supérieure de la phalangette. Résection.

PANARIS ANTHRACOIDES

N° 17 M^{me} W. G.... — *Panaris anthracœide de la phalange basale du médius droit.* — Le 8 avril 1930, la malade vient avec une tuméfaction diffuse à la face dorsale du médius, trois petits bourbillons indiquent l'inflammation des glandes pilosébacées. — Incision en croix à l'anesthésie locale au chlorure d'éthyle.

N° 28 M^{me} E. G... — *Panaris anthracœide du médius droit.* — Le 19 avril 1930, l'inflammation a débuté il y a cinq jours sur la face dorsale de la phalange basale. — La malade ne souffre

fre pas ; à la pression on sort quelques gouttes de pus, multiples bourbillons. — Anesthésie locale au chlorure d'éthyle, incision en croix, et excision des parties sphacelées, curettage. Mèche. — Le 5 mai, guérison.

N° 52 M. P. S... — *Panaris anthracôïde de l'index droit.* — Le 25 mai 1930, la face dorsale rouge, tuméfiée, aucune douleur spontanée, aucun symptôme général. — A la pression des douleurs vives, pas de pus, mais au contraire, des multiples points jaune verdâtre qui indiquent l'inflammation de l'appareil pilo-sébacé. — Incision en croix, curettage, mèche.

N° 61 M. L... — *Panaris anthracôïde du 5^e doigt gauche.* — Le 2 juin 1930, le malade vient pour une tuméfaction diffuse, surélevée sur la face dorsale de la première phalange, bourbillons, anesthésie locale au C. E. incision en croix, curettage, mèche. — Le 14 juin, guérison.

N° 73 M^{me} D... — *Panaris anthracôïde de l'annulaire gauche, phalange basale.* — Le 23 juin 1930, l'inflammation a débuté il y a trois jours. La phalange basale, tuméfiée dans toute sa totalité, la face dorsale surélevée, rouge, douleurs spontanées et à la pression. — Incision en croix au chlorure d'éthyle. — Collection superficielle. — Au-dessus, des petits points jaune verdâtre. — Curettage, mèche.

N° 83 M^{lle} T. R... — *Panaris anthracôïde du petit doigt gauche.* — Le 30 juin 1930, l'inflammation débutait depuis huit jours. La face dorsale de la phalangette basale nécrosée — multiples bourbillons indiquent l'inflammation des glandes pilosébacées, pus à la pression. — Anesthésie locale au chlorure d'éthyle. — Incision en croix ; excision des parties sphacelées au ciseau, mèche.

N° 84 M. D... — *Furoncle à la face dorsale du 5^e doigt, phalange basale.* — Le 2 juillet 1930, à l'inspection, la face dorsale est rouge, tuméfiée, on voit un point blanc et au centre l'ap-

points paune verdâtre qui indiquent l'inflammation de l'appareil pilo-sébacé. — Incision cruciale au chlorure d'éthyle locale, une goutte de pus, mèche.

N° 86 M. A. M... — *Panaris anhracoïde de l'index gauche.* — Le 3 juillet 1930, la face tuméfiée, la peau en partie ulcérée, rouge, aucun signe général. — Incision cruciale au chlorure d'éthyle localement — pus chocolat abondant. — curettage et élimination des parties nécrotiques — mèche — Le 21 juillet 1930, guérison.

N° 91 M. D... — *Furoncle sur la face dorsale du médius droit.* — Le 9 juillet 1930, la face dorsale rouge, surélevée, lymphangite — douleur vive à la pression. — Incision en croix, élimination du bourbillon, mèche.

N° 104 M. D... *Furoncle du médius droit.* — Le 30 juillet 1930, l'inflammation a commencé il y a cinq jours — la face dorsale de la phalange basale est rouge, une tuméfaction diffuse et au centre on voit un point blanc. — Inflammation de l'appareil pilo-sébacé. — Anesthésie locale au chlorure d'éthyle. — Incision cruciale, mèche.

N° 105 M. B. A... — *Panaris anthracoïde de l'index gauche.* — Le 2 août 1930, la peau de la face dorsale de la première phalange est complètement nécrosée, on voit multiples bourbillons, pus à la pression — sans phénomènes généraux, anesthésie locale au chlorure d'éthyle. — Incision en croix, élimination des bourbillons et parties sphacelées avec un énergique curettage, mèche. — Le 17 août 1930, guérison, mais la cicatrice est un peu rétractée.

N° 120 M. F. P... — *Panaris anthracoïde de l'index gauche, la phalange basale.* — Le 1^{er} septembre 1930, il y a 5 jours, l'inflammation a débuté par des douleurs, une sensation de prurit. La face dorsale de la phalange est rouge très douloureuse. — Deux jours après, la collection est mûre. —

Anesthésie au chlorure d'éthyle. — Incision cruciale — curettage — mèche. — Le 11 septembre 1930, guérison.

N° 123 M. M... — *Panaris anthracôïde du médius gauche.* — Le 8 septembre 1930, le malade consulte parce qu'il y a deux jours la base du doigt est devenue douloureuse, tuméfiée et aujourd'hui on constate, que la face dorsale est ulcérée, d'où sort continuellement du pus. — A l'incision des bourbillons qu'on éliminent à la curette, mèche.

N° 146 *Panaris anthracôïde du petit doigt à la phalange basale.* — Le 30 mai 1930, déjà incisé — réintervention — incision cruciale au chlorure d'éthyle — curettage, mèche.

N° 183 M. P... — *Panaris anthracôïde de l'annulaire droit.* — Le 10 novembre 1930, soulèvement épidermique, phlyctène, en éliminant celle-ci, on voit de multiples bourbillons, des tissus nécrosés, qu'on éliminent avec un ciseau, mèche.

N° 184 M. S. — *Panaris anthracôïde du médius gauche.* — Le 12 novembre 1930, la face dorsale de la phalange basale est nécrosée, et on voit des petits amas verdâtres, mêlés avec du pus. — Anesthésie locale au chlorure d'éthyle, incision en croix, élimination du tissu sphacelée avec une curette, mèche, le 20 novembre 1930, guérison.

N° 192 M^{me} B... — *Panaris anthracôïde du médius gauche.* — Le 2 novembre 1930, eczéma infecté, sur la face dorsale de la deuxième phalange, l'aspect de l'infection est tout à fait d'un petit anthrax. — Incision en croix, mèche. — Guérison en 9 jours.

PANARIS DE LA PULPE

N° 8 M^{lle} R... — *Panaris en bouton de chemise.* — Le 20 juin 1930 Déjà incisé en ville, il y a sept jours, mais aucun soulagement : douleurs lancinantes et insomnies. — Aujourd'hui

réintervention — Incision en valve. — Excision et nettoyage complet des parties saines de la pulpe. — Guérison en 22 jours, cicatrice parfaite. — Aucune rétraction du lambeau antérieur. Photographie.

N° 13 M^{lle} R... — *Panaris de la pulpe du médius droit.* — Le 4 avril 1930. Depuis deux jours, insomnies. — On pratique une demi-valve. — Curettage de la cavité. — Os semble intact. Le 20 avril 1930, guérison.

N° 18 M^{lle} C... — *Panaris de l'index gauche (pulpaire).* — Le 9 avril 1930, début il y a neuf jours — panaris typique — Incision en valve. — Excision du tissu sphacelé, fusée purulente sous l'ongle, résection de l'ongle décollé. Curettage Revue guérie le 29 avril 1930.

N° 23 M^{me} M... — *Panaris de l'auriculaire gauche.* Le 13 avril 1930 Incision en valve. — Lésion profonde — fusée amenant jusqu'à sous l'ongle. — Décollement partiel de la base de l'ongle — résection de la partie décollée — curettage.

N° 26 M. A... *Panaris de la phalange terminale du médius gauche.* — Le 17 avril 1930 — déjà incisé en ville il y a cinq jours — le malade souffre malgré l'incision — à la pression il sort du pus à travers l'ancienne incision. — Aujourd'hui intervention — incision en valve — la suppuration se prolonge jusqu'à la phalangette, mais celle-ci n'est pas touchée. Excision de toutes les parties mortes — Curettage, mèche, guérison en 21 jours.

N° 32 M. M... — *Panaris sous-cutané de la 3^e phalange auriculaire gauche.* — Le 19 avril 1930 — Incision en demi-valve — pas de pus — Curettage. — Revu le 22 avril : guérison apparente ; Revu le 29 avril : guérison complète.

N° 37 M^{me} B... — *Panaris de l'index gauche.* — Le 29 avril 1930. Début il y a treize jours par une piqûre — la pulpe sem-

ble pleine de pus — Incision en demi-valve — pus en grande quantité — Curettage — pas de lésions osseuses, mèche.

N° 51 M^{lle} L... — *Panaris de la pulpe du médius droit.* — Le 21 mai 1930. Déjà incisé par un médecin — fistule persistant. — Incision en valve — Excision du tissu sphacelé — Pas de lésions osseuses, mèche.

N° 53 M. K... — *Panaris sous-cutané en bouton de chemise de la pulpe annulaire gauche.* — Le 25 mai 1930. — Piqure il y a douze jours — une collection superficielle — Excision de la phlyctène: pertuis — on fait une incision en valve. — Elimination du tissu nécrosé — pas d'ostéite — mèche. — Revue le 15 juin, guérison.

N° 55 M. D... *Panaris de la pulpe de l'index gauche.* — Le 28 mai 1930. — Incisé déjà en ville, mais la suppuration n'a pas cessée. Aujourd'hui une fistule sur le côté externe de la pulpe — Incision en valve. — Excision du tissu nécrosé — pas de lésions osseuses — mèche.

N° 58 M. S... — *Panaris de la pulpe de l'index droit* — Le 2 juin 1930. — Panaris typique débuté il y a dix jours, consécutif d'une piqure. — Incision en valve. — Excision des tissus bourbillonneux. — Drainage — avec une mèche. — Revu le 17 juin 1930, guéri.

N° 59 M. G... — *Panaris superficiel de la pulpe avec fusée péri-unguéale.* — Le 2 juin 1930. — Incision en valve — On constate une fusée purulente sous-unguéale. — Excision des parties nécrosées. — Résection de l'ongle décollé. — Revu le 10 juin 1930, la suppuration est cessée, la cicatrisation en bonne voie.

N° 80 M. B... — *Panaris de l'index droit.* — Le 27 juin 1930. — Incision en valve. — Elimination des parties sphacelées au ciseau. — Pas de lésion d'ostéite. — Mèche.

- N° 92 M. V... — *Panaris de l'index droit.* — Le 10 juillet 1930. — L'inflammation dure depuis sept jours — panaris typique. — Incision en valve. — Excision du tissu nécrosé, pas d'ostéite, mèche, pus, guérison en 15 jours.
- N° 114 M. V... — *Panaris de la pulpe de l'annulaire.* — Le 25 août 1930. — Début il y a six jours — la pulpe rouge, surdistendue, insomnie, etc. Incision en demi-valve. Sans ostéite curettage — mèche — revu le 12 septembre 1930, guérison.
- N° 116 M. M... — *Panaris sous-cutané de la phalangette de l'index droit.* — Le 28 août 1930. — Incision en valve complète — Curettage — Revu le 14 octobre 1930 — mauvais résultats de la valve — Epidermisation totale du lambeau gênant pour le malade — réintervention esthétique (excision de la cicatrice et suture).
- N° 117 M. L... — *Panaris sous-cutané de la phalange unguéale du médius droit.* — Le 28 août 1930. — Pipûre il y a onze jours, panaris typique — Incision en demi-valve. — Curettage. — Rien à la phalangette, mèche.
- N° 118 M. L... — *Panaris sous-cutané de la dernière phalange de l'index gauche.* — Le 30 août 1930. — Début le 23 août, après une piqûre avec un fil de cuivre. — Incision en demi-valve. — Rien à la phalangette, mèche.
- N° 128 M^{me} S... — *Panaris de la dernière phalange de l'index droit.* — Le 13 septembre 1930. — Déjà incisé en ville, il y a sept jours. Aujourd'hui deux fistules, du pus sort à la pression. — Incision en valve — la phalangette est à nu, mais ne semble pas atteinte. — Elimination de toutes les parties sphacelées, mèche.
- N° 131 M. B... — *Panaris de la troisième phalange du médius droit.* — Le 11 septembre 1930, infection suite d'une piqûre : Anesthésie en bague. — Incision en valve — pus abondant, pas de

lésions osseuses, mèche, revu le 2 octobre 1930, guérison.

N° 157 M^{me} T... — *Panaris de la pulpe du médius gauche.* — Le 13 octobre 1930 — Début il y a neuf jours — pulpe très douloureuse, insomnie, une fistule sur sommet. — Incision en demi-valve — un peu de pus — pas d'ostéite — Curettage, mèche."

N° 172 M. G... *Panaris sous-cutané de la troisième phalange du médius gauche.* — Le 26 octobre 1930. — Début il y a huit jours. — Demi-valve. — Excision et curettage du foyer. — Pas d'ostéite, mèche.

N° 194 M. M... — *Panaris de la pulpe de l'index gauche.* — Le 4 décembre 1930. — Incision en demi-valve. — Excision des parties sphacelées, mèche. — Revu le 23 décembre 1930, guérison.

N° 203 M^{lle} — *Panaris de la pulpe de l'index.* — Le 18 décembre 1930. — Début il y a neuf jours — par piqure — C. E. L. Demi-valve externe (deux poches superficielles et profondes). Curettage et enlèvement des tissus sphacelés — pas d'ostéite, mèche.

PANARIS DE LA PULPE AVEC OSTEITE

N° 49 M^{ls} K... — *Panaris de la pulpe du troisième doigt droit avec ostéite de la troisième phalange.* — Le 17 mai 1930. — Début il y a trois semaines. — Incisé déjà en ville, mais la malade souffre — fistule sur le côté de la pulpe ; à la pression du pus — Incision en valve. — Excision des parties sphacelées — ostéite — résection de la phalangette, mèche. Guérie le 9 juin 1930.

N° 68 M. G... — *Panaris de la pulpe du troisième doigt droit.* — Le 18 juin 1930. — Incision en valve — Pus abondant, ayant fusé à l'extrémité supérieure et dorsale du doigt. — La tête de la phalangette est atteinte — résection (2/3 de la phalan-

gette). L'ongle est décollé partiellement, on enlève la partie décollée. — Curettage. — Mèche.

N° 105 M. H... — *Panaris de la pulpe du médius droit avec ostéite* — Le 1^{er} janvier 1931 — on enlève la phlyctène, on tombe sur un pertuis qui conduit vers la phalangette. — Incision en demi-valve. — Excision du tissu sphacelé. — L'os est atteint, fortement nécrosé; on n'y touche pas (méthode de Klapp). Le malade n'est pas revenu.

N° 106 M^{lle} M... — *Panaris de la pulpe de l'index droit avec ostéite.* — Le 2 janvier 1931, piqûre il y a cinq semaines. Incisé en ville, il y a 15 jours. — Malade vient aujourd'hui avec un doigt gonflé, on sent la fluctuation purulente, douleurs lancinantes, insomnie depuis quelques jours. — Incision en demi-valve. — Pus abondant. — Ostéite de la phalangette. — On ne touche pas l'os, radio le 23 janvier 1931, la cicatrisation à peu près complète.

N° 110 M^{me} L... — *Panaris pulpaire de l'index droit avec ostéite.* — Le 2 janvier 1931. — Radio, ostéite, incision en demi-valve. Elimination de toutes les parties sphacelées, curettage de la phalangette, mèche. — Revue le 21 janvier 1931, en bonne voie de guérison.

N° 119 M. A... — *Panaris sous-cutané de la dernière phalange de l'index gauche.* — Le 1^{er} septembre 1930. — Début à la suite d'une piqûre par un éclat de bois le 22 août. — Panaris typique, une fistule juste au sommet de la pulpe. — Incision en valve complète. — Ostéite de la phalangette. — Résection partielle. — Pas d'arthrite. — Guérison en 23 jours.

N° 138 M^{lle} L... — *Panaris de la pulpe de l'index droit.* — Le 20 septembre 1930. — Après piqûre avec une fourchette — une première incision a été faite le 15 septembre 1930, la suppuration continue. — Le 20 septembre 1930, on fait une incision en valve — à l'exploration, on tombe sur la

phalangette qui est atteinte d'ostéite — on resèque la partie distale de la phalangette, mèche, revue le 7 octobre 1930, guérison.

N° 150 M. F... — *Panaris de la pulpe avec ostéite.* — Le 4 octobre 1930. — Début depuis 15 jours, déjà incisé à l'Hôtel-Dieu, le 24 septembre 1930. — Incision en demi-valve — ostéite. — Résection partielle de la phalange. — Hémorragie. Revu le 22 novembre 1930, guéri. Epidermisation latérale, pulpe utile, jeu gênant.

PANARIS DE LA PULPE AVEC ARTHRITE

N° 9 M. P... — *Panaris de la pulpe du troisième doigt de la main gauche.* — Le 3 juillet 1930. — Le panaris avait été déjà incisé par son médecin, le 28 juin. — Actuellement la plaie laisse sourdre une goutte de pus à la pression. L'extrémité supérieure du doigt est très gonflée. Le 3 juillet, on fait une incision en valve, le pus fuse de la profondeur et est très abondant. La phalangette présente un aspect spongieux dans toute sa hauteur et laisse sourdre du pus, arthrite. On fait une *désarticulation* de la phalangette. — On resèque le cartilage de la deuxième phalange et on fait un curettage — lambeau palmaire — sans suture — guéri le 28 juillet 1930.

N° 93 M^{me} O... — *Panaris de la pulpe avec ostéite et arthrite de l'index gauche.* — Le 12 juillet 1930 — Panaris en bouton de chemise. — Anesthésie en bague. — Grosse collection superficielle, qui après l'incision laisse couler 20 c.c. de pus environ. — On trouve un pertuis assez volumineux qui mène sur la phalangette atteinte d'ostéite : l'articulation est envahie. *désarticulation* et résection de la tête de la deuxième phalange.

N° 106 M^{me} B... — *Arthrite suppurée de l'index.* — Le 3 août 1930. — Incision en valve — on constate que le cartilage articulaire a disparu. — Ostéite de la première phalange — *désarticulation* de la phalange — grand lambeau palmaire. — Hémostase.

N° 178 M^{me} G... — *Arthrite de la deuxième articulation du troisième doigt droit.* — Le 3 novembre 1930 — Arthrite: une fistule juste au niveau de l'articulation. — Incision latérale externe. Résection de la tête de la deuxième phalange — appareil plâtré. — Revue le 12 décembre 1930, on enlève le plâtre. — Lésions cicatrisées — massage. — Mouvements articulaires sont conservés.

PANARIS DE LA DEUXIEME PHALANGE

N° 3 M^{lle} R... — *Panaris de la deuxième phalange de l'index droit.* Le 12 juin 1930. — Doigt gonflé, avec suppuration sous la face antérieure de la deuxième phalange. Aucune fusée commissurale. — Intervention sous l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle. — Exploration de la plaie d'entrée. — Pus abondant, le tissu sous-cutané est sphacelé. Fusées purulentes de chaque côté; On met deux drains plats entre les deux incisions latérales. — Le 14 juin 1930, sous anesthésie générale au chlorétyl on fait la désarticulation de l'index — Résection de la tête du métacarpien correspondant. Lambeau palmaire.

N° 11 M. G... — *Panaris de la deuxième phalange du quatrième doigt.* — Le 21 septembre 1930 — phlyctène — on l'enlève — en explorant on constate une fusée profonde en bouton de chemise. Le 22 septembre 1930, c'est-à-dire le lendemain. — Un grand gonflement, surtout latéral. — La douleur est localisée au 2^e segment, rien à la base du doigt. — Anesthésie générale au chloréthyle. — Incision latérale. — La poche du pus est nettement limitée à la deuxième phalange. — Le tendon semble intact. — Contre-incision. — Lame à travers. — Le 29 septembre. — Ablation de la lame. — Il persiste des gonflements mais pas de fusées — guéri très lentement (suspect) car il n'était toujours pas cicatrisé après 6 semaines et le doigt fonctionnait normalement.

N° 38 M. A... — *Panaris de la deuxième phalange de la face palmaire de l'annulaire gauche.* — Le 29 avril 1930. — Début

il y a sept jours, le deuxième segment du doigt fortement gonflé. — C. E. G. deux incisions l'une latéro-externe, l'autre latéro-interne; drainage; résultats inconnus.

N° 42 M. G... — *Panaris de la deuxième phalange du médius gauche.* — Le 1^{er} mai 1930. — C'est un panaris déjà incisé sous chloréthyle locale. — Aujourd'hui — bague — débride-ment large, l'articulation semble intacte. Le 6 mai — De nou-velles explorations. — On constate la présence d'une fusée palmaire. Mais l'articulation semble toujours intacte. Contre incision palmaire et lame. — Le 7 juin 1930. — Guérison. — Résultat excellent. — Le tendon et l'articulation fonction-ment normalement.

N° 46 M. C... — *Panaris sous-cutané de la deuxième phalange de l'index droit.* — Le 7 mai 1930. — Bague — Incision latérale; par pression on voit que le pus sort de la profondeur. — Débridement plus large. — La gaine est intacte. — On fait une contre-incision. — Drainage.

N° 87 M. G... — *Panaris du médius droit de la deuxième phalange.* — Le 3 juillet 1930. — On fait deux incisions latérales. — La gaine ne semble pas atteinte — on met un drain de caout-chouc. — Revu, guérison.

N° 94 M^{me} R... — *Panaris de la deuxième phalange de l'annulaire gauche.* — Le 12 juillet 1930. — Début il y a huit jours. — Anesthésie locale en bague. — Incision latérale. — Curettage. — Drainage avec une lame de caoutchouc. Le 29 juillet 1930. — Guérison.

N° 98 M. D... — *Panaris de la deuxième phalange avec ostéite.* — il y a un mois la malade se fait une piqûre d'aiguille. — Le médecin fait un pansement. — Depuis ce temps la malade prend des bains parce que son doigt est rouge violacé. Peu de suppuration. — A l'examen: doigt dont la mobilité est seulement diminuée, mais n'empêchant pas le travail. Tumé-

faction très nette sur le bord radial de la deuxième phalange avec une petite plaie atone sur le sommet, d'où a suinté un peu de liquide. A la radio une perte de substance latérale de la deuxième phalange. — Le 18 juillet 1930, incision latérale fangasité, prélèvement. — Examen histologique, granulation. — Inflammation banale. — Revu le 5 août 1930, complètement guéri, avec une récupération fonctionnelle complète.

N° 107 M^{me} R... — *Panaris de la deuxième phalange du petit doigt gauche.* — Le 7 août 1930. — Incision sur la face latérale externe du petit doigt. — Evacuation du pus qui occupe une région profonde. — Curettage de la poche. — Drainage par une lame de caoutchouc.

N° 112 M. F.... — *Panaris de la deuxième phalange du médius.* — Le 23 août 1930. — Il y a deux jours on a enlevé la phlyctène, mais la suppuration continue. — Aujourd'hui, exploration sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle. — La gaine semble intacte: le décollement est sous-cutané. — Deux incisions latérales. — Suite: très bien.

N° 125 M. M... — *Panaris sous-cutané de la deuxième phalange du médius gauche.* — Le 8 septembre 1930. — Incision au point douloureux. — Contre-incision — drain — lame. Pas d'arthrite.

N° 148 M. G... — *Panaris de la deuxième phalange.* — Le 3 octobre 1930. — Brûlure il y a quinze jours. — Le doigt a un aspect globuleux. — A la pression le pus sort de la pulpe. — Excision et enlèvement de la phlyctène. Le 4 octobre 1930 — Aspect extérieur de panaris est nécrotique. — Après ablation de la phlyctène, le doigt continue à être gonflé et le malade à souffrir. — Quand on presse sur la deuxième phalange il coule du pus, il en coule également à la pression de la pulpe. C.E.C. Incision latérale: le 2^e segment du doigt contient du pus. Il y a une petite loge dans la pulpe. — L'incision latérale-

externe avec deux contre-incisions latéralo-interne le long de la deuxième phalange, drain transfixiant.

Revu le 18 décembre 1930, guéri. — Mais présente une raideur de la troisième articulation; surtout limité dans la flexion par la sclérose des parties molles.

N° 160 M. S... — *Panaris des première et deuxième phalanges de l'index gauche.* — Le 13 octobre 1930. — Début il y a huit jours, panaris typique — C. E. G. — 2 incisions de la face interne des première et deuxième phalanges, 2 contre-incisions de la face externe, 2 lames tranfixiantes. Revu le 16 octobre 1930 — Ablation des lames — la suppuration est tarie.

N° 202 M. — *Panaris de la deuxième phalange du cinquième doigt.* Le 18 décembre 1930. — Il y a huit jours, par piqûre sur 3^e phalange — vu le 18 décembre 1930 — phlyctène devant la troisième phalange — le doigt induré et adématié. — C. E. G. Incision transversale — exploration : 2 poches, l'une superficielle ; l'autre profonde. — On aboutit de suite à l'os ; le deuxième segment est rempli de pus. — Deux contre-incisions latérales — Deux lames en triangle. Le 19 décembre 1930. — Revu — Ablation des drains mais du pus épais sort à la pression (vient-il de la gaine cubitale), malade disparu.

N° 205 M^{me} T.... — *Panaris de la deuxième phalange de l'index droit.* — Début il y a cinq jours par piqûre. — A l'examen : panaris typique de la deuxième phalange — Phlyctène — douleur spontanée à la pression — Le malade ne dort pas — C. E. G. ; on enlève la phlyctène. Sous celle-ci du pus et l'aponévrose est atteinte et détruite. — Incision latérale des deux côtés — on met deux lames. Sans autres complications. Revu le 13 janvier 1931, les incisions latérales sont complètement cicatrisées. — L'incision médiane, à peu près. — La fonction du doigt parfaitement conservée.

PANARIS DE LA PREMIERE PHALANGE

N° 2 M. D., — *Panaris sous-cutané de la phalange basale.* — Le

5 mai 1930, le malade vient à la consultation avec inflammation et tuméfaction sous-cutanée de la première phalange de l'annulaire droit. — Incision simple et médiane. — Le 7 mai, incision en trois branches du côté externe. — Anesthésie générale au chloréthyle. — Tamponnement.

N° 10 M. J... — *Panaris de la phalange basale de l'index droit.* — Le 2 septembre 1930, le malade s'était piqué par une fourche, Le 5 septembre, arrive avec un doigt gonflé principalement dans sa base, c'est un gonflement inégal, prédominant du côté interne — un phlyctène dans la commissure. — Opération en 2 temps — Anesthésie générale au chloréthyle — le 5 septembre, premier temps: ouverture de la phlyctène; le 6 septembre: deuxième temps, ouverture du doigt dans sa base par une incision en trois branches. Une grande quantité de pus est sorti. — Tamponnement.

N° 12 M. S... — *Panaris de la première phalange de l'index.* — Le 20 septembre 1930 — Produit par durillon forcé de la deuxième espèce, il y a 15 jours. — Actuellement à l'examen du doigt. — Celui-ci est rouge — douloureux, il y a un gonflement tel que le deuxième et le troisième doigt sont écartés. — A la palpation on constate une fluctuation qui s'étend depuis la paume jusqu'à la base du doigt. — Opération sous anesthésie générale au chloréthyle. — Incision en trois branches. — Flot de pus — la troisième branche digitale est nécessaire, car il y a un décollement. — Mèche.

N° 19 M. E... *Panaris de la première phalange médius droit.* — Le 10 avril 1930 — Chloréthyle — Excision de la peau au niveau du foyer suppurant (base du médius). — Du pus sous pression s'en écoule. — Pas de fusées apparentes sur la commissure — Fusée dorsale — contre-incision — Lame de part à part — Le 12 avril — Signe de fusée lombricale. — Chloréthyle: incision lombricale; contre-incision dorsale. — Drainage de part à part. — Le 19 avril. — Hémorragie secondaire commissurale — Agrandissement de la plaie dorsale.

pince sur l'artère qui bat à jet : ligature ; une fusée sous les deux plis de flexion — la gaine est atteinte. On n'avait pas d'emblée fait l'incision commissurale, il fallut la faire secondairement (Iselin).

- N° 63 M. B... — *Durillon forcé au médius droit* — Le 14 juin 1930 on pratique une incision lombricale avec contre-incision dorsale. — Le 15 juin, le pus est apparu dans l'espace commissurale mais il a fusé vers la base du doigt, le drainage est insuffisant, puisque le lendemain la collection s'ouvre spontanément à la face latérale du doigt.
- N° 71 M. M... — *Panaris de la première phalange avec fusée le long de la face externe du doigt*. — Le 22 juin 1930 — Le doigt en crochet, insomnie depuis trois jours — température — anesthésie générale au chlorure d'éthyle — Incision lombricale — Contre-incision dorsale du doigt. — Lame transfixante.
- N° 74 M^{lle} M... — *Panaris de la première phalange de l'index gauche*. — Le 23 juin 1930. — Début il y a quinze jours, l'aspect du doigt, globuleux, œdématisé, rougeur et lymphangite vers la dorsale de la main, tuméfaction du côté radial du doigt Anesthésie générale — Incision en trois branches — la gaine n'est pas touchée — Pansement à plat.
- N° 75 M. R... — *Panaris de la première phalange du médius gauche*. — Le 23 juin 1930 — opéré le 14 mai — par l'incision de part à part, mais insuffisante, car la suppuration s'ouvre secondairement parallèlement du doigt. — Aujourd'hui on pratique l'incision en trois branches.
- N° 101 M^{me} P... — *Panaris de la face palmaire de la première phalange de l'annulaire gauche à sa base*. — Le 21 juillet 1930. — Incision latérale externe. — Evacuation du pus — Curetage Petite mèche en caoutchouc.

- N° 103 M. M... — *Panaris de la première phalange du médius droit.* — Le 30 juillet 1930. — Piqûre — C. E. L., une phlyctène — ouverture. — Le 3 août 1930 — le pus sort sur le milieu du deuxième pli par pression sur les côtés — 2 incisions latéro-digitales et 2 drains en transdigitales (et la gaine ? ?).
- N° 108 M^{me} B... — *Panaris de la première phalange de l'index gauche.* — Le 8 août 1930. — Malade diabétique — piqûre par fil de fer — 15 jours avant — Etant donné l'aspect tout à fait mauvais du doigt, étant donné que la malade est diabétique, on fait la désarticulation du doigt.
- N° 115 M. B... — *Phlegmon commissural du 4^e espace* — Le 28 août 1930. — Début à la suite d'un durillon forcé datant sous le bord cubital de la base du 4^e doigt. Il y a 8 jours que l'infection s'est déclarée. — Examen : Rougeur et gonflement du côté cubital, une petite phlyctène suppurée. Incision en 3 branches — pus abondant — pansement à plat.
- N° 179 M. D. — *Panaris de la phalange basale du 3^e doigt.* — Le 15 septembre 1930. — C. E. G. Incision en trois branches. — Flot de pus. — Débridement et excision de la peau sphacelée deux fusées persistent devant la 1^e et la 2^e phalanges on ne contre incise pas car elle passerait devant le tendon, 5 jours après — les 2 fusées sont presque fermées et l'incision presque guérie donne un peu de pus.
- N° 130 M. B. — *Panaris de la 1^e phalange du médius droit.* — Le 13 septembre 1930. — L'infection provoquée par piqûre il y a environ une semaine ; à l'examen, la base du doigt globule asymétriquement — on sent la collection : C. E. G. Incision à trois branches. Du pus en quantité abondante ; la gaine intacte pansement à plat.
- N° 153 M^{me} Y. — *Panaris de la 1^e phalange de l'index droit.* — Le 5 octobre 1930. — Infection depuis 2 jours. — La base du

doigt gonflée asymétriquement à la palpation la commissure est douloureuse et contient du pus. — Anesthésie générale au chlorure d'éthyle. — Incision en trois branches — grande quantité de pus — la gaine n'est pas atteinte — pansement à plat.

N° 180 M. L. — *Panaris anthracoidé de la 2^e phalange compliqué secondairement de fusée vers la 1^e phalange.* — Le 8 novembre 1930. — Il y a 8 jours piqure par aiguille sur la face dorsale de la 2^e phalange. — Incisé en ville, mais la suppuration continuait à évoluer. Le 8 novembre 1930, C. E. C. Exploration de la plaie d'entrée, ablation de tissus sphacelés. Le pus vient de la profondeur de la base du doigt. Incision en trois branches dans la commissure 3^e et 4^e une lame.

PANARIS DU POUCE

N° 24 M. D... — *Panaris du pouce droit de la phalange unguéale* — Le 14 avril 1930. — Incision en valve. — Evacuation du pus, excision du tissu sphacelé — pas de lésion osseuse — Pansement — mèche.

N° 29 M^{me} B. — *Panaris de la pulpe pouce droit.* — Le 19 avril 1930. — La pulpe fortement distendue, fistule sur le côté interne. Incision de 1 cm. 5 sur ce côté (en demi-valve) excision du tissu nécrosé. — Curettage — pas de lésions osseuses — mèche — le 6 avril 1930 — guérison.

N° 33 M. S. — *Panaris de la pulpe du pouce gauche.* — Le 22 avril 1930. — Début il y a 8 jours, panaris typique. Incision de 2 cm. de largeur sur le côté externe de la pulpe (en demi-valve). Drainage avec une mèche.

N° 36 M. C. — *Panaris du pouce gauche.* — Le 25 avril 1930. — Début il y a 5 jours par des douleurs, ensuite insomnie, fatigue, la pulpe est bombée et très œdématisée. Incision en demi-valve. Excision de tissu sphacelé — pas de lésions osseuses — mèche — guérison en 17 jours.

- N° 43 M. T. — *Panaris du pouce gauche.* — Le 3 mai 1930. — Incision en valve — on ne remarque pas de lésions osseuses, mèche.
- N° 44 M. B. — *Panaris de la pulpe du pouce gauche.* — Le 3 mai 1930. — Incision en valve — on ne remarque pas de lésions osseuses — mèche.
- N° 47 M^{me} B. — *Panaris du pouce droit.* — Le 12 mai 1930. — Incision en demi-valve — on remarque une poche superficielle du pus. — Mais en explorant on constate une collection purulente profonde — mèche.
- N° 48 M^{lle} P. — *Panaris de la pulpe du pouce droit.* — Le 16 mai 1930. — Incision en valve. — Curettage. — Pas de lésions de la phalange. — Cicatrisé en 1 mois. — Revenue le 16 juin, avec une petite suppuration de la pulpe. Ouverture sans anesthésie : le pus semble sous épidermique dans une petite poche pulpaire — guérison.
- N° 72 M^{me} B. — *Panaris du pouce droit.* — Le 12 juin 1930. — Incision en valve — le pus est très près de la phalange, mais on ne trouve pas de lésions d'ostéite — mèche.
- N° 89 M^{me} T. — *Panaris du pouce droit.* — Le 7 juillet 1930. — Début il y a 8 jours par piqure. — Incision en demi-valve. — Excision des tissus sphacelés — mèche — guérison.
- N° 109 M. B. — *Panaris du pouce droit.* — Le 15 août 1930. — Incision typique en valve — Curettage — mèche.
- N° 110 M. C. — *Panaris de la pulpe du pouce droit.* — Le 15 août 1930. — Incision typique en valve. — Curettage — mèche.
- N° 127 M. B. — *Panaris de la face palmaire de la base de la 2^e phalange du pouce gauche.* — Le 12 septembre 1930. —

Incision latérale et contre-incision. — Drain plat — pus abondant verdâtre, lame à travers.

N° 142 M. H. — *Panaris de la pulpe du pouce.* — Le 25 septembre 1930. — Incision en demi-valve — une grosse goutte de pus en est sortie. — Exploration — ni ostéite, ni arthrite — mèche.

N° 144 M. G. — *Panaris sous-cutané de la dernière phalange du pouce gauche.* — Le 27 septembre 1930 (a reçu 2 applications du mélange antiviral — bactériophage). Incision en demi-valve. — Pus — pas d'ostéite — mèche.

N° 166 M. F. — *Panaris sous-cutané de la phalange du pouce droit.* — Le 20 novembre 1930. — Début il y a 6 jours, par piqure (écharde). Demi-valve. — Pus. — Exicision. — Pas d'ostéite — mèche.

N° 193 M. C. — *Panaris phlycténoïde du pouce droit, compliqué plus tard de panaris en bouton de chemise.* — Le 1^{er} décembre 1930. — Panaris phlycténoïde — opéré il y a 3 jours. — Aujourd'hui réopéré. — On constate que le pus fuse en profondeur, en bouton de chemise. — Incision en demi-valve du côté externe — une quantité assez grande de pus — mèche.

N° 196 M^{lle} V. — *Panaris en bouton de chemise du pouce droit.* — Le 3 décembre 1930. — Il y a 15 jours la malade s'est piquée avec un couteau. Et depuis 8 jours de cette date la malade a commencé à souffrir de son doigt. Elle a été obligée cesser son travail. A l'examen on voit que juste au milieu de la pulpe du pouce une fistule et tout autour la peau est soulevée, rouge. La malade ne dort pas. Incision en demi-valve. Incision profonde. — Le pus fuse de superficie à la profondeur. — Enlèvement des parties mortes. — Curetage. La partie sous-jacente bien explorée. — La phalange semble intacte. Revue le 19 décembre 1930 — guérison complète — après 14 jours.

N° 198 M^{lle} L. — *Panaris de la pulpe du pouce droit.* — Le 9 décembre 1930. — Incision en demi-valve — curettage. — Pas de lésions osseuses — mèche. — Revue le 19 décembre 1930. Pas de pus — bonne voie de guérison.

N° 204 M^{me} A. — *Panaris de la pulpe du pouce droit.* — Le 20 décembre 1930. — Une 1^e incision en ville sur la pulpe. — Aujourd'hui on voit du pus dans la pulpe avec légère, fluctuation. — Incision en demi-valve sur le côté interne, pus en abondance — pansement à plat. — Après 10 jours. — Radio — pas d'ostéite bien visible.

PANARIS DU POUCE COMPLIQUES

N° 5 M. M. — *Panaris de la pulpe du pouce droit.* — Le 14 août 1930. — Le malade traîne depuis le 16 juillet, la suppuration du pouce droit. Il a déjà été incisé 4 fois par un médecin. Le malade arrive le 14 août c'est-à-dire un mois après l'infection de son pouce. En explorant la lésion on constate que la phalangette est atteinte d'une ostéite, elle est complètement détruite. L'articulation est envahie et complètement suppurée. On élimine tous les esquilles de la phalangette et on fait la résection de la tête de la 1^e phalange qui est atteinte aussi d'ostéite. — Lambeau palmaire. — Revu le 7 septembre 1930 — guérison.

N° 67 M^{me} B. — *Panaris du pouce gauche.* — Le 18 juin 1930. Excision en valve. — Phalangette complètement nécrosée — on enlève une quinzaine d'esquille, environ. — La tête de la 1^e phalange est saine, désarticulation, résection du cartilage de la 1^e phalange, avec lambeau palmaire.

N° 76 M. C. — *Panaris du pouce droit.* — Le 26 juin 1930. — Incisé une fois en ville, il y a 15 jours. — Aujourd'hui on fait une incision en valve. — Lésion d'ostéite. — Résection des 2/3 supérieur de la phalangette ; le 21 juillet 1930 — guérison.

N° 77 M. W. — *Panaris de la pulpe du pouce droit avec ostéite.* — Vient consulter le 26 juin 1930 ayant été 2 fois déjà opéré par une toute petite incision latérale — gonflement et suppuration continue; le 26 juin 1930, anesthésie en bague. — Résection partielle de la phalangette du pouce (type Kanavel) après incision en gueule de requin : radio n° 1. Le 12 juillet il persiste une fistule : radio n° 2. Ablation du reste de la phalangette nécrosée. — Le 28 août est revenu se montrer ; tout est cicatrisé depuis longtemps mais des « douleurs » l'empêchant de reprendre son travail : radio n° 3. — Le 15 septembre revenu avec un petit furoncle du menton ; traité par le mélange antivirus bactériophage : guérison en trois jours. Le 13 décembre 1930, vient se montrer : la cicatrisation est parfaite ; la cicatrice étant juste sur le sommet du doigt, la pulpe par contre est bien souple : l'articulation phalango phalangienne est complètement souple et le reste de la phalangette fléchit parfaitement et vigoureusement. Radio n° 4 montre que l'ossification s'est arrêtée à la base de la phalangette : seule la portion qui avait été laissée est repoussée.

N° 85 M. N. — *Panaris du pouce droit.* — Le 2 juillet 1930. — Déjà incisé par un médecin. Incision en valve. Ostéite de toute la phalangette. — Désarticulation — mèche — fistule intarissable pendant un mois, réintervention le 28 août pour abcès récidivant : 15 jours après : fermeture.

N° 90 M. C. — *Panaris de la pulpe du pouce droit.* — Le 8 juillet 1930. — Début le 15 juillet : piqure et ensuite panaris du pouce. Opéré le 3 juillet. Incision en valve : désarticulation de la phalangette pour lésions étendues d'ostéite. Quelques jours après réopéré par Iselin (chlorethyle générale) fusée dans l'espace thénarien, suppuration et fistule. Le 4 septembre revient avec une nouvelle fusée dans l'espace thénarien dorsal mais superficielle, incision, mais pas de pus, un liquide trouble ; 8 septembre ablation d'un esquille qui vient à l'extrémité du doigt, le 15 septembre guérison. Radio.

N° 99 M^{me} M. — *Panaris du pouce droit.* — Le 19 juillet 1930. — Début il y a 12 jours, pulpe énorme — œdématisée, fistule sur le sommet. — Incision en valve — ostéite. — Ablation de 2/3 de la phalange — lambeau palmaire, guérison en 16 jours.

N° 108 M. A. — *Panaris sous-cutané avec ostéite du pouce droit.* — Le 5 janvier 1931. — Infection par piqûre il y a 5 semaines, opéré en ville 10 jours après : l'infection malgré cela continuait. — Aujourd'hui présente un pouce très enflé bombé, une fistule au sommet de la pulpe. — La fistule laisse sourdre du pus, elle aboutit jusqu'à l'os. — Incision en demi-valve ; pas de pus, on tombe juste sur une phalange très nécrosée et presque détachée. Les parties molles sont très hypertrophiées, œdématisées. Le 7 janvier 1931, exploration de nouveau. La phalange n'est pas détachée, pas des esquilles, arthrite ? Radio, pas d'arthrite. Le 14 janvier 1931. — Elimination spontanée du sequestre. — Après l'élimination du sequestre de nouveau radio ; une petite lame basale de la phalange bien conservée. — Revue le 27 janvier 1931, la cicatrisation est presque achevée.

N° 107 M^{me} R. — *Panaris pulpaire du pouce droit avec contamination opératoire de la gaine.* — Blessée le 20 octobre, opérée en ville et réincisée 2 jours après un peu plus bas. Le 28 octobre consultation à Saint-Louis avec tous les signes d'un phlegmon commissural. Admise, elle est incisée en salle ; sur la face antérieure de l'éminence thénare. Incision longue de 4 centimètres, oblique, parallèle au tendon. Le 31 octobre, gros gonflement de l'espace thénarien, fusée dorsale par où sort du pus à la pression. Opération sous-anesthésie générale au chlorure d'éthyle. — On fait une contre-incision thénarienne dorsale, lame transfixante. — Excision du tissu sphacelé : le tendon est à nu dans le fond. Pansement simple. — Le 8 novembre 1930, résection de l'articulation interphalangienne. Malgré un bon drainage, le pouce reste œdématisé et raide : on applique un appareil plâtre

et on met le pouce en position de fonction. — Revue le 5 décembre on enlève le plâtre, il survient une toute petite suppuration. — Revu le 14 janvier 1931. Le doigt est en crochet. La peau est encore rouge, il persiste une petite fistule au niveau de la métacarpo-phalangien. L'articulation est souple, la phalangette ne fléchit naturellement pas, puisque le tendon est éliminé.

N° 109 M. S. — *Panaris de la pulpe du pouce gauche.* — Le 4 janvier 1931, panaris par piqûre il y a 3 semaines ; aujourd'hui doigt globuleux, douleur spontanée, insomnie. — Incision à l'anesthésie locale au chlorure d'éthyle. Pus abondant. Exploration : ostéite de la phalangette, radio : ostéite — revue le 21 janvier 1931, aucune douleur, aucune suppuration, la cicatrisation presque achevée.

N° 113 M^{me} V. — *Panaris du pouce droit compliqué de phlegmon d'une gaine cloisonnée, de fusée dans l'espace thénarien.* — Le 25 août 1930, piqûre le 26 juillet incisé en ville le 2 août, entrée à Saint-Louis le 26, opérée en salle, fusée dans l'espace thénarien ; incision commissurale et contre-incisions. Le 23 septembre (1 mois après) il y a fistule bilatérale ; sous C.E.G., on trouve un décollement jusqu'à la paume, excision et contre incision, ablution de la phalangette nécrosée : articulation semble intacte une fusée dorsale communique avec le foyer osseux, 2 incisions latérales et on n'ouvre pas l'articulation, 1 drain dorsal en travers. — Puis : phlegmon à la gaine radiale cloisonnée se terminant après deux mois par l'élimination du tendon fléchisseur propre du ponce.

N° 114 M^{lle} Z... — *Phlegmon de Dolbeau.* — Le 27 octobre 1930. — Incision classique — parallèle de la commissure, contre-incision sur la base radiale du pouce. — Drain dans la loge commissurale. — Drain transfixiant en niveau du pouce. — Revue le 11 novembre — plus de suppuration ; cicatrisation parfaite.

N° 126 M^{me} W... — *Panaris du pouce gauche. — Ténosynovite (gaine cloisonnée).* — Le 12 septembre 1930. — La malade vient avec un pouce qui est ulcéré dans toute sa partie terminale. — A la pression le pus sort de tous les côtés. — Incision en valve. — Exploration — ni ostéite ni arthrite, on enlève les parties mortes et détruites. — Le 27 septembre 1930, la malade arrive avec son pouce qui continue à suppurer. Le pouce est gonflé, rouge, douloureux ; on fait une simple incision juste à la base. — Une grande quantité de pus en est sortie. — Le 4 octobre 1930. — Aujourd'hui la malade vient avec 2 nouvelles fistules juste sur le trajet du tendon selon toute probabilité il y aura élimination du tendon. — Pansement au Dakin. — Revue le 5 janvier — pouce raide — tendon détruit. — Gueule de requin avec opercul antérieur gênant.

N° 163 M. M. — *Panaris osseux de la phalangette du pouce gauche.* — Le 15 octobre 1930. — Début : piqure de clou. Aspect : volumineux panaris sous-cutané, déjà incisé en ville, le 8 octobre 1930. — Incision en demi-valve — volumineux foyer purulent occupant la presque totalité de la phalangette. Excision et curettage du foyer. Ostéite de la phalangette suivant la méthode de Klapp, on ne touche pas la phalangette, mèche. — Le 23 octobre 1930. — Le malade ne sent aucune douleur spontanément et à la pression mais quand on presse il sort du pus. La plaie commence à se cicatriser, mais loin d'être fermée. — Le 23 novembre 1930. — Il persiste une petite fistule sur le sommet du doigt. — Radio. — Le 20 décembre 1930. — Guérison.

N° 197 M^{lle} C. — *Panaris de la pulpe du pouce droit avec ostéite.* — *Traité par la méthode de Klapp.* — Le 10 décembre 1930. — Le panaris date de 8 jours. — Une toute petite incision a été faite par un médecin juste sur le sommet de la pulpe. Le pus est sous très haute tension. On croit à une fusée sous la première phalange parce que la pression à ce niveau fait sourdre du pus. C. E. G. Incision en demi-

valve — masse considérable de pus — avec fusée dorsale sous unguéale. — La phalangette est entièrement détendue. — Il ne semble pas y avoir de fusée vers la base. — Traitement selon Klapp. — On enlève tout ce tissu nécrotique et laisse la phalangette entièrement dénudée. — Le 25 décembre 1930. — Radio : avant l'enlèvement des sequestres. — Le 24 décembre 1930. — Radio : après l'enlèvement de ceux-ci (on garde le sequestre).

CONCLUSION

1) Nos conclusions sont basées sur les deux cent dix observations recueillies sous la direction de M. Iselin en 1930, à la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis : elles ne comprennent pas les panaris des gaines.

2) Au point de vue anatomique, nous conservons la séparation classique, en panaris superficiels et profonds ; les profonds étant sous-cutanés, développés dans le tissu cellulaire digital, les superficiels dans l'une des couches de la peau.

Nous rapportons quatre-vingt-dix huit observations de panaris superficiels.

Quinze anthracoïdes ; une sous-unguéale ; quarante deux péri-unguéales ; quarante phlycténoïdes.

Nous rapportons cent douze observations de panaris profonds sous-cutanés :

Soixante-dix-neuf de la pulpe ; quinze de la deuxième phalange ; dix-huit de la première phalange.

3) Nous insistons particulièrement sur cette localisation à la deuxième phalange, ou mieux au deuxième segment sous-cutané du doigt, qui d'après nos recherches bibliographiques semble bien avoir été individualisé par

M. Iselin ; sa situation, sa propagation, son aspect clinique et enfin, sa thérapeutique, sont tout particuliers

4) La thérapeutique reste chirurgicale pour toutes les variétés ; *sauf les panaris anthracoides* ; seuls ces derniers, simples furoncles ou anthrax du doigt, répondent *régulièrement* au traitement par le bactériophage antiviral.

5) L'opération ne peut être menée de façon satisfaisante que sous anesthésie parfaite et champ exsangue. Seuls les panaris phlycténoïdes peuvent être opérés sans anesthésie. Nous proposons pour ceux-ci l'opération en deux temps (Iselin), d'abord excision de la pustule et évacuation du pus ; dans la majorité des cas, cela suffit à amener la guérison. Dans trois cas seulement il fallut secondairement traiter la poche profonde, suivant la technique propre à la variété anatomique à laquelle elle appartenait.

6) L'anesthésie de choix est « la bague », à la novocaïne sans adrénaline, elle ne reconnaît pas d'autre contre-indication que la propagation de l'injection à la base du doigt. Sur cent vingt-deux cas, nous n'avons pas vu ni gangrène, ni le moindre accident. Par contre, M. Iselin a observé trois cas de panaris gangréneux des doigts, auxquels aucune anesthésie en bague n'avait été faite. Pour qu'elle soit parfaite il est indispensable de mettre un lien élastique à la racine du doigt et d'attendre dix minutes avant de commencer l'opération.

7) Les panaris de la pulpe doivent être ouverts par une incision latérale à demi-valve qui permet de faire

l'excision de tout le tissu nécrotique, acte essentiel de l'opération.

En cas d'ostéite nous nous rallions à la technique de Klapp, c'est-à-dire, que nous ne touchons pas l'os une fois la zone de nécrose sous-cutanée excisée. Ultérieurement, dès que la sequestration de la phalange se fait il suffit d'enlever le sequestre, puis attendre la *régénération* presque de règle, si la base de la phalange est restée vivante, très aléatoire dans le cas contraire.

8) Les panaris de la deuxième phalange seront ouverts par deux incisions dorso-latérales, excision de la nécrose et passage d'une lame de caoutchouc pré-tendineuse, entre les deux incisions.

9) Les panaris de la première phalange seront ouverts sous anesthésie générale par l'incision à trois branches décrit par M. Iselin, c'est-à-dire : une branche digitale, deux à la main : l'une dorsale, l'autre palmaire, exposant largement la loge commissurale.

10) Grâce à cette technique nous avons amélioré considérablement, les résultats des opérations pour panaris — tous nos cas n'ont guère été incisés qu'une seule fois, et nous n'avons eu aucune complication post-opératoire. Seuls les panaris du pouce nous semblent particulièrement difficiles à traiter, par la fréquence des pro-

pagations de l'infection vers les espaces cellulux thénarien et vers le tendon.

Vu : Le Doyen,

Vu : Le Président de la Thèse,

BALTHAZARD.

LENORMAND.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur de l'Académie

CHARLÉTY

BLIBIOGRAPHIE

- BARCOCK W.-W. — *Lateral incisions in the treatment of felons*. J. Am. M. Ass. Chicago, 1913, X, p. 1.900.
- BECK H. — *Regeneration bei Knochenpanaritien*. Arch. f. klin. chir. Berl., 1921, CXVIII, 748.
- *Die Behandlung des Panaritiums*. Therap. der Gegenw. Berlin, 1924, p. 112.
- CATHALA S. MILHAUD. — *Panars et phlegmon grave à streptocoque traité par incision, bains térébenthinés et vaccins*. Montpel, méd. 1921, p. 206.
- CHATON. — *Le traitement du panaris*. Clinique, Paris, 1913, p. 216.
- FOURNIER N. — *Le panaris de la main et son traitement*. Union Méd. du Canada, Montréal, 1919, p. 150.
- GOLOIS G. — *Traitement des panaris par l'incision tout juste suffisante*. Monde Médical, Paris 1910, p. 299.
- ISELIN. — *Plaies et Maladies infectieuses des mains*. Masson, Paris, 1928.
- *Anatomie chirurgicale des espaces celluléux de la main et des doigts*. Ann. d'Anat. Pathol. et d'Anatomie normale, 1927, t. 4.

KANAVEL A. — *Infections of the hand*. Lea and Febiger.
ed. Philadelphia, 1925.

KIRMISSON E. — *Panaris analgésique (Maladie de Morvan)*
Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Par., 1915, p.
1.385.

KLAPP et BECK. — *Das Panaritium*. Leipzig, 1923.

KLAPP. — *Die primäre Extirpation der Nekrose bei der
Behandlung Subkutaner Panaritien*. Zentralbl. f.
Chirurgie. Leipz., 1919, p. 449.

KRECKE A. — *Die Diagnose des Panaritiums*. München.
med. Wchushr., 1921, p. 1.591.

KREEKE A. — *Die Behandlung des Panaritiums*. Ibid.,
1922, p. 973.

LANGEMAR. — *Zur Paronychiebehandlung*. Ztschr. f.
ärztl. Fortbild. Yena, 1923, p. 475.

LECÈNE P. — *Précis de Pathologie chirurgicale*. Masson,
Paris, 1928, tome I.

MELCHIOR. E. — *Ueber Panaritien und ihre Behandlung*.
Therap. Halbmonatsh. Berl., 1921, p. 33.

MOURE P. — *Spirotrichose au point de vue chirurgical*.
Revue de Chirurgie, Paris, 1919, p. 366.

— *La Médecine*. Paris, 1920, tome 21, p. 45.

— *Sporotrichose du doigt simulant une ostéo-ar-
thrite tuberculeuse*. Bull. de Soc. de Chirurgie,
1920, p. 665.

OHM W. — *Ueber Knochenpanaritien*. Deutsh. Ztschr.
f. Chir. Leipz., 1919, p. 171.

SEFF et BERKOWITZ. — *Paronycha, a simple method. of treatment, an analysis of 300 cases.* J. Am. M. Ass. Chicago, 1915, p. 234.

SEIFFERT E. — *Beobachtungen über das Volkommen von Panaritien.* Arch. für orthopädie, 1924-25, tome 23, p. 242.

SOKOLOV. — *Behandlung eitriger Prozesse in Bereich von Fingern und Hand.* Archive für klin chirurgie, 1930, band. 161, p. 89.

STEIN L. — *Quarzlicht bei Panaritiums.* Wien méd. Wochenschrift., 1919, p. 1.048.

THUN. — *Zur Behandlung der Panaritien.* Wien klin. Wochenschrift., 1918, p. 489.

VOLKMANN G. — *Ueber eine besondere Form der chronischen Paranychie* Mitt. a. d. Grenz geb. d. Méd. und chir. Jena, 1921, p. 661.

ZUR VERTH. — *Das Panaritium.* Ergebn der Chir. und Orthop. Band 16, Julius Springer éd Berlin, 1923



